AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA INTELIGÊNCIA E DA PERSONALIDADE

Claudio Simon HUTZ
Denise Ruschel BANDEIRA
Clarissa Marceli TRENTINI
ORGANIZADORES

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA INTELIGÊNCIA E DA PERSONALIDADE

Claudio Simon HUTZ
Denise Ruschel BANDEIRA
Clarissa Marceli TRENTINI
ORGANIZADORES

Versão impressa
desta obra: 2018

2018

Gerente editorial: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*
Capa: *Paola Manica*
Preparação de originais: *Grasielly Hanke Angeli*
Leitura final: *Cristine Henderson Severo*
Editoração: *TIPOS – design editorial e fotografia*
Desenvolvimento de eBook: *Loope - design e publicações digitais* | *www.loope.com.br*

Reservados todos os direitos de publicação à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

Unidade São Paulo
Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 – Vila Buarque
01221-020 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3221-9033

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

D419 Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade / [recurso eletrônico] / Organizadores, Claudio Simon Hutz, Bandeira, Denise Ruschel Bandeira, Clarissa Marceli Trentini. – Porto Alegre : Artmed, 2018.

Editado também como livro eletrônico em 2018.
ISBN 978-85-8271-488-1

1. Psicologia – Avaliação. I. Hutz, Claudio Simon. II. Bandeira, Denise Ruschel. III. Trentini, Clarissa Marceli.

CDU 159.91

Catalogação na publicação: Karin Lorien Menoncin – CRB 10/2147

AUTORES

Claudio Simon Hutz (Org.). Psicólogo. Mestre e Ph.D. pela University of Iowa, Estados Unidos. Professor titular na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ex-presidente da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) e do Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). Ex-diretor do Instituto de Psicologia e coordenador do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS. Coordenador do curso de Psicologia, do Laboratório de Mensuração e do Núcleo de Psicologia Positiva da UFRGS. Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Positiva (ABP+). Pesquisador 1A do CNPq.

Denise Ruschel Bandeira (Org.). Psicóloga. Especialista em Diagnóstico Psicológico pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora titular no Instituto de Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP) da UFRGS. Pesquisadora 1C do CNPq. Membro do Comitê Assessor (Psicologia e Serviço Social) do CNPq.

Clarissa Marceli Trentini (Org.). Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica – Avaliação Psicológica – pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutora em Ciências Médicas – Psiquiatria – pela UFRGS. Professora associada nos cursos de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Avaliação Psicológica e Psicopatologia (NEAPP) da UFRGS. Pesquisadora 1D do CNPq.

Álvaro José Lelé. Psicólogo clínico e psicoterapeuta. Especialista em Psicologia Clínica e Patológica; Aconselhamento Psicológico e Técnicas Projetivas pela Universidade René Descartes/PARIS V. Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pesquisador associado do Laboratório de Avaliação Psicológica das Diferenças Individuais (UFMG); Manifestações do sofrimento humano-avaliação, compreensão e formas de intervenção da Universidade de São Paulo (USP). Presidente da Sociedade de Avaliação Psicológica de Minas Gerais (SAPSIMG).

Ana Cristina Resende. Psicóloga. Mestre em Psicologia pela PUC-Goiás. Doutora em -Psicologia pela PUCRS (Bolsa CAPES). Pós-doutorado na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp; Bolsa FAPESP). Professora adjunta de Psicologia na PUC-Goiás. Diretora executiva do Instituto Goiano de Avaliação Psicológica (IGAP). Coordenadora do GT Métodos Projetivos da ANPEPP. Vice-presidente da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (ASBRo).

Andréia Mello de Almeida Schneider. Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutoranda em Psicologia na UFRGS. Professora na PUCRS. Membro do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP) da UFRGS. Membro associado do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA).

Anna Elisa de Villemor-Amaral. Psicóloga. Especialista em Psicanálise, Rorschach e Técnicas Projetivas. Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina da (Unifesp/EPM). Doutora em Ciências pela Unifesp/EPM. Professora associada doutora na Universidade São Francisco (USF).

Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes. Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia pela UFRGS. Professor associado no Departamento de Psicologia da UFSC.

Carmen Flores-Mendoza. Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica. Mestre em Psicologia pela PUC-Campinas. Doutora em Psicologia pela USP. Pós-doutorado em Métodos Quantitativos na University of California, Davis, Estados Unidos. Professora associada no Departamento de Psicologia da UFMG.

Caroline Tozzi Reppold. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora associada na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Bolsista Produtividade do CNPq.

Chaielen M. B. Martinez. Psicóloga clínica. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental. Mestranda em Psicologia como Profissão e Ciência na PUC-Campinas.

Cleonice Alves Bosa. Psicóloga. Especialista em Transtornos do Desenvolvimento. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Doutora em Psicologia Clínica pelo Institute of Psychiatry, IOP, Grã-Bretanha. Professora associada na UFRGS.

Cristian Zanon. Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia pela UFRGS. Professor auxiliar na USF.

Cristiano Esteves. Psicólogo. Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela USP. Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Avaliação

Psicológica – pela USP.

Deise Matos do Amparo. Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília (UnB). Doutora em Psicologia pela UnB. Pós-doutorado na Université Paris Descartes e na Université Paris 13. Professora adjunta no Departamento de Psicologia Clínica da UnB. Pesquisadora associada na Université Paris 13.

Denise Balem Yates. Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pela UFRGS. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Psicóloga da UFRGS.

Elizabeth do Nascimento. Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UFMG. Doutora em Psicologia pela UnB. Professora associada no Departamento de Psicologia da UFMG. Bolsista Produtividade do CNPq.

Elizeu Coutinho de Macedo. Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia Experimental pela USP. Professor adjunto no Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Pesquisador Produtividade 1B do CNPq.

Flávia Wagner. Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica – Avaliação Psicológica – pela UFRGS. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Pesquisadora do Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Psicóloga da UFRGS.

Hudson Golino. Pesquisador. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFMG. Doutor em Neurociências pela UFMG. Professor assistente de Métodos Quantitativos no Departamento de Psicologia da University of Virginia, Estados Unidos.

Ingrid Piccollo Comparini. Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica Comportamental – Terapia por Contingências de Reforçamento. Mestre pelo Programa de Psicologia como Profissão e Ciência da PUC-Campinas. Supervisora clínica em Análise do Comportamento no Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento.

Irai Cristina Boccato Alves. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP. Professora doutora no Instituto de Psicologia da USP. Docente de Graduação e Pós-graduação na área de Avaliação Psicológica.

Jacob Arie Laros. Professor. Doutor em Psicologia pela Rijksuniversiteit Groningen, RUG, Holanda.

Jaciana Marlova Gonçalves Araujo. Psicóloga. Mestre e Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Psicóloga da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Juliane Callegaro Borsa. Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora adjunta no Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Katiane Silva. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psiquiatria pela UFRGS. Pós-doutorado em Genética pela UFRGS. Professora no Cesuca. Coordenadora da área de Neuropsicologia do Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Adultos (PRODAH-A) do HCPA.

Latife Yazigi. Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica. Mestre e Doutora em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP. Professora associada no Departamento de Psiquiatria da Unifesp.

Lauren Tonietto. Psicóloga. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora na Faculdade Mário Quintana (Famaqui).

Leandro S. Almeida. Professor catedrático. Especialista em Psicologia pela Universidade do Porto, Portugal. Doutor em Psicologia da Educação pela Universidade do Porto, Portugal. Professor na Universidade do Minho, Portugal.

Léia Gonçalves Gurgel. Fonoaudióloga. Especialista em Linguagem e Voz pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA.

Leila Cury Tardivo. Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica. Mestre em Psicologia pela USP. Doutora em Psicologia Clínica – Livre Docência – Psicopatologia pela USP. Professora associada no Instituto de Psicologia da USP.

Lucila Moraes Cardoso. Psicóloga. Doutora em Psicologia pela USF. Professora adjunta no curso de Psicologia e no Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Luigi Abras Lorenzetti. Médico. Residente em Cirurgia Geral no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP).

Maisa dos Santos Rigoni. Psicóloga, psicanalista. Especialista em Psicanálise pela Associação Psicanalítica Sigmund Freud. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela PUCRS. Professora adjunta na Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Manuela Ramos Caldas Lins. Psicóloga infantil. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela UnB. Professora no Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB).

Maria Cecilia de Vilhena Moraes. Psicóloga clínica. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP. Professora no curso de Psicologia da PUC-SP.

Maria Luiza M. Fiore. Psiquiatra. Mestre e Doutora em Psiquiatria pela Unifesp/EPM. Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

Monalisa Muniz. Professora universitária. Mestre e Doutora em Avaliação Psicológica pela USF.

Norma Lottenberg Semer. Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica e em Psicanálise pela SBPSP. Mestre em Distúrbios da Comunicação pela Unifesp. Doutora em Saúde Mental pela Unifesp. Professora afiliada no Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Membro associado da SBPSP. Membro da ASBRo.

Rafael Stella Wellausen. Psicólogo. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pela Estudos Integrados de Psicoterapia Psicanalítica (ESIPP). Mestre e Doutor em Psicologia pela UFRGS. Professor e supervisor de psicoterapia psicodinâmica no ESIPP. Psicólogo do HCPA e do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso.

Regina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento. Psicóloga clínica. Especialista em Psicanálise pelo Instituto Sedes Sapientiae. Mestre em Psicologia Social pela PUC-SP. Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Professora associada no curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FACHS) da PUC-SP.

Renan Saraiva. Psicólogo. Doutorando em Psicologia na University of Portsmouth, Inglaterra, e Maastricht University, Holanda.

Ricardo Primi. Psicólogo. Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela USP, com parte desenvolvida na Yale University, Estados Unidos. Professor associado do Programa de Mestrado e Doutorado da USF. Coordenador do Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LabAPE). Membro do Comitê Diretivo do eduLab21, Centro de Conhecimento do Instituto Ayrton Senna. Bolsista Produtividade do CNPq.

Samantha Dubugras Sá. Psicóloga clínica. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora adjunta no curso de Psicologia da Escola de Humanidades da PUCRS.

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira. Psicólogo. Especialista em Avaliação Psicológica pela UFRGS. Mestre e Doutor em Psicologia pela UFRGS. Professor adjunto no Departamento de Psicologia Clínica da UnB. Pesquisador colaborador do Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP). Realizou estágio de doutoramento na University of Minnesota, Estados Unidos, com o Prof. Dr. Robert Frank Krueger.

Solange Muglia Wechsler. Psicóloga. Master Educational Psychology, PhSchool Psychology pela University of Georgia, Estados Unidos.

Sonia Regina Pasian. Psicóloga. Aprimoramento profissional na área da Psicologia Clínica de Orientação Dinâmica. Mestre em Filosofia e Epistemologia da Psicologia e da Psicanálise pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Doutora em Ciências – Saúde Mental – pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP. Docente universitária na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) da USP. Membro fundador e da Diretoria da ASBRo. Presidente da Comissão de Pós-graduação da FFCLRP-USP. Editora associada da Revista Avaliação Psicológica.

Tatiana de Cassia Nakano. Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica. Mestre em Psicologia Escolar pela PUC-Campinas. Doutora em Psicologia como Ciência e Profissão pela PUC-Campinas. Docente do curso de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

Tatiana Pontrelli Mecca. Psicóloga. Mestre e Doutora em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Educacional do Centro Universitário FIEO. Estágio pós-doutoral em Distúrbios do Desenvolvimento na Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Tatiane Alves Correia. Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia pelo Centro de Estudos em Psi-
cologia da Saúde (CEPSIC)/HCFMUSP e em Psicologia da Saúde pela Unifesp. Mestranda em Psicologia – Avaliação Psicológica – na USF. Neuropsicóloga colaboradora no Centro de Neurocirurgia Pediátrica (Cenepe).

Vanessa Stumpf Heck. Psicóloga. Doutora em Psicologia pela UFRGS. Pós-doutoranda na FFCLRP-USP.

Vera Lucia Marques de Figueiredo. Psicóloga. Especialista em Psicoeducação do Ensino Superior pela UCPel. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUC-RS. Doutora em

Psicologia pela UnB. Docente de Graduação e Pós-graduação na UCPel.

PREFÁCIO

Este livro dá sequência à coleção Avaliação Psicológica, voltada à atualização e ao aprimoramento de materiais direcionados à formação acadêmica e ao desenvolvimento profissional na área de psicologia. A coleção teve início com a publicação do livro *Psicometria*, que traz os fundamentos e os aspectos éticos do tema, passando pela parte prática da avaliação, em especial no contexto clínico, com o livro *Psicodiagnóstico*, inspirado no aprendizado e na modernização da obra *Psicodiagnóstico-V*, de Jurema Alcides Cunha, nossa grande mestra de formação. Os livros *Avaliação psicológica nos contextos organizacional e do trabalho*, *Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar* e *Avaliação psicológica no contexto forense* completarão a coleção.

Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade, construtos contemplados na maior parte dos processos de avaliação psicológica, é dividido em duas partes.

Na Parte 1, Inteligência, o tema é abordado sob diferentes perspectivas. Inicia por capítulos que introduzem o leitor ao tema da avaliação da inteligência, mostrando um pouco da história e dos aspectos-chave do conceito, como o significado da distribuição normal da inteligência e superdotação, além do desenvolvimento da inteligência no ciclo vital e questionamentos sobre sua dimensionalidade. Em seguida, são abordadas várias formas de avaliação da inteligência, tanto não verbais quanto por meio de diversos instrumentos – desde as largamente estudadas Escalas Wechsler, entendidas como os instrumentos mais completos para avaliar esse construto, até outros testes adaptados para a realidade brasileira, como a Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5), o Desenho da Figura Humana e o SON-R2½-7[a].

Como forma de trazer contribuições atuais para a temática de avaliação da inteligência, apresentamos capítulos que abordam diferentes conceitos que estão sendo discutidos hoje em dia

na psicologia. Os desafios da avaliação na deficiência intelectual, a criatividade e sua relação com a inteligência, além da possibilidade de avaliarmos a inteligência de forma assistida, ou seja, entendendo o potencial intelectual de uma pessoa a fim de que possam ser estabelecidas estratégias de reabilitação.

No que se refere à aplicação desses conhecimentos, encerramos essa primeira parte com a avaliação da inteligência em populações específicas, como nos transtornos do espectro autista e em transtornos psiquiátricos, em especial, transtorno do espectro da esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno depressivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). O último capítulo dessa parte aborda um estudo de caso que exemplifica a contribuição da avaliação da inteligência em um quadro clínico heterogêneo.

Na Parte 2, Personalidade, são referidas formas de avaliação da personalidade segundo diferentes modelos teóricos. Iniciamos com um capítulo que historia e contextualiza os modelos de Allport, Cattel e Eisenck, focando no atual Modelo dos Cinco Grandes Fatores.

Outro modelo teórico, o de avaliação a partir de teorias psicodinâmicas, é abordado nos dois capítulos seguintes, nos quais os instrumentos também são discutidos. Estes são complementados por capítulos que apresentam avaliações dos transtornos da personalidade, por meio tanto de instrumentos quanto do uso de manuais diagnósticos.

Para a avaliação da personalidade, contamos, no Brasil, com diversas técnicas conceituadas que são apresentadas nessa parte do livro. Iniciamos com o Rorschach, o teste projetivo mais pesquisado no mundo, apresentado em três sistemas de avaliação. O mais atual deles, o R-PAS, questiona a qualificação de teste projetivo, aspecto discutido no capítulo.

Essa parte é concluída com vários outros testes projetivos e expressivos, adaptados para a avaliação da personalidade em nosso meio, todos escritos pelos autores das adaptações ou dos manuais brasileiros, ou mesmo por pesquisadores com experiência prática com os instrumentos. E, por último, apresentamos um estudo de caso que busca integrar teoria, pesquisa e prática no psicodiagnóstico da personalidade.

Abordando essas temáticas com a colaboração de diversos pesquisadores brasileiros, especialistas nos diversos temas e instrumentos apresentados, esperamos que este livro contribua para a formação de estudantes e psicólogos de modo qualificado.

Claudio Simon Hutz
Denise Ruschel Bandeira
Clarissa Marceli Trentini

SUMÁRIO

Parte 1

INTELIGÊNCIA

1

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA: UMA INTRODUÇÃO

Carmen Flores-Mendoza
Renan Saraiva

Um processo seletivo apresentou aos candidatos a seguinte questão: "Fabio, David e Pedro estavam alegremente conversando sentados ao redor de uma mesa redonda. David não estava à direita de Pedro. Quem estava à direita de Fabio? Alternativas: a) David, b) Pedro e c) Não dá para saber". Trata-se de uma pergunta simples, mas 30% dos candidatos erraram a resposta. Perguntas similares a essa são rotineiramente apresentadas em processos seletivos de recursos humanos realizados em contextos organizacionais, clínicos ou educativos. Entretanto, qual seria a utilidade desse tipo de pergunta?

Hoje em dia sabemos com alto grau de precisão que os processos mentais que subjazem ao êxito da resposta a perguntas que requerem raciocínio são os mesmos que subjazem à solução de problemas cotidianos. Veja-se, por exemplo, o resultado do estudo de letramento científico realizado no País pelos institutos Abramundo e Paulo Montenegro e pela ONG Ação Educativa (Gomes, 2015). No nível 4 de letramento científico (em geral pessoas com ensino superior que poderiam avaliar propostas que exigem o domínio de conceitos e elaborar argumentos sobre a confiabilidade ou a veracidade de hipóteses formuladas), encontrou-se que 8% tiveram dificuldade de interpretar uma conta de luz, 27% teriam dificuldade de apagar um incêndio seguindo as instruções de equipamentos contrafogo e 35% teriam dificuldade de interpretar os resultados de um exame de sangue a partir dos valores de referência fornecidos pelo laboratório. Dificuldades essas não explicadas pelo nível de instrução.

A relação entre o desempenho em provas de raciocínio e o desempenho cotidiano foi vislumbrada na China há muito tempo, cerca de 200 ou 150 anos a.C., no final da dinastia Qin e início da dinastia Han. Segundo uma busca pontual de informação conduzida por Bowman

(1989) relativa ao sistema de avaliação chinês das diferenças individuais, o imperador chinês era quem avaliava os candidatos ao serviço público por meio de provas escritas.

Após um período de uso e desuso de diversas formas de provas, seria na dinastia Ming (1368-1644 d.C.) que o processo de recrutamento e seleção se tornaria bastante especializado e institucionalizado em todo o território chinês. Esse sistema tentava evitar privilégios aristocráticos e promover a meritocracia ao conferir aos candidatos exitosos certos "títulos" análogos aos títulos acadêmicos de hoje em dia. Exigia-se principalmente inteligência verbal, isto é, capacidade de construir argumentos abstratos e elegantes. Em geral, nesses exames, apenas 2% dos candidatos eram aprovados. Aos bem-sucedidos nas exigentes provas (p. ex., memorizar 400 mil caracteres de um texto de Confúcio), era conferida uma melhor condição de vida. Não era de se estranhar que os processos seletivos para o serviço público chinês fossem tão concorridos. Dessa forma, a seleção permitia ao imperador contar com um grupo de funcionários talentosos para o exercício público em todas as suas províncias, cidades ou estados. A prática desse sistema de seleção se manteve até 1905, época em que foi abolido.

Atualmente, o sistema de seleção retornou com força sob o nome de *gaokao* para os estudantes chineses que estão finalizando o ensino médio. E, como na época do império chinês, famílias e comunidades inteiras seguem atentamente o resultado do rigoroso *gaokao*, pois o candidato exitoso poderá ingressar em alguma das universidades chinesas, melhorando significativamente seu *status* socioeconômico.

Na cultura ocidental, diferentemente da chinesa, a preocupação era identificar apenas as pessoas com deficiência intelectual que deveriam ser protegidas pelos reinados europeus. Em um contexto em que somente o clero e a aristocracia podiam ter acesso a uma melhor qualidade de vida, as diferenças individuais nos recursos cognitivos da população pouco importavam. O interesse pelo mérito individual, e com ele o desenvolvimento da curiosidade científica em avaliar a inteligência, somente viria após uma série de fatos históricos que permitiram uma cultura de apreciação da individualidade. De acordo com o professor Douglas Detterman, editor da revista científica *Intelligence*[1], esses fatos históricos europeus se referem ao invento da impressora de tipo móvel, em 1449, pelo alemão Johannes Gutenberg (é importante notar que, na China, a máquina de impressão já havia sido idealizada por volta de 1040), que permitiu a rápida impressão de livros e, como consequência, uma ágil difusão da informação. Outro fator seria o surgimento do Protestantismo, que transmitiu novos valores de trabalho e progresso individual. Assim, a necessidade de ler a bíblia (cada vez mais disponível em pequenas comunidades) levou a um maior letramento da sociedade europeia e, com isso, favoreceu a atividade intelectual e a observação das diferenças individuais.

Depois da Idade Média (período compreendido entre 476 e 1453 d.C.), a Idade Moderna (de 1453 até 1789) viu florescerem as discussões, de ordem filosófica, sobre as doenças mentais, assim como as primeiras tentativas científicas, de ordem médica, de entendê-las (Millon, 2004). Seria, entretanto, na Idade Contemporânea, especificamente durante a Era Vitoriana na Inglaterra (período que vai de 1838 até o início do século passado), que surgiria um acadêmico de múltiplos talentos, o inglês Francis Galton, que estabeleceu o estudo científico das diferenças individuais[2].

Galton, que foi, entre outros ofícios, matemático, geógrafo, meteorologista, inventor, estatístico e psicólogo diferencialista, percebeu que o projeto de "física social", que entendia o "homem médio" a partir da distribuição normal dos valores médios de características

mensuráveis, proposto pelo francês Adolphe Quetelet, poderia, de fato, aplicar-se às habilidades humanas. Galton publicou seu famoso livro *Hereditary Genius*, em 1869, no qual afirmou: "mostrarei neste livro que as habilidades naturais do homem são consequência da herdabilidade, sob exatamente as mesmas limitações que acometem o mundo orgânico no que diz respeito à sua forma e características físicas" (Galton, 1869; p. 1). Galton compreendia a habilidade mental como uma qualidade e uma disposição do intelecto que direcionavam uma pessoa à sua reputação. E, por reputação, ele queria dizer "a opinião de contemporâneos revisada pela posteridade por vários biógrafos. (...) não se trata de alta posição social ou oficial (...) mas antes a reputação de um líder de opinião, de um inovador, de um homem a quem o mundo reconhece que está em débito" (p. 37). Para Galton, a reputação seria a manifestação de uma capacidade inata e de uma grande quantidade de trabalho árduo (uma característica muito valorizada na Era Vitoriana).

Galton analisou as biografias de homens da ciência, da literatura e da arte, e a observação de certa recorrência familiar no alcance da reputação levou-o a conjecturar a ocorrência da transmissão genética das habilidades cognitivas de pais para filhos, embora reconhecesse desconhecer os mecanismos pelos quais essa transmissão ocorria. Galton realizou diversos estudos de observação em gêmeos e famílias com diversos parentescos, registrando similaridade comportamental e ancestralidade. Em todos os seus estudos, aplicou e/ou desenvolveu princípios estatísticos. Assim, sua firme convicção da herdabilidade da alta capacidade cognitiva ficou evidenciada quando, por exemplo, em relação à eminência artística e literária, ele afirmou:

> 1- Os homens superdotados mesmo de classe E facilmente superam os obstáculos causados pela inferioridade do *ranking* social; 2- países onde há menos obstáculos sociais do que na Inglaterra *[daquela época]* produzem uma maior proporção de pessoas de boa cultura, mas não necessariamente aquilo que eu chamo de homens eminentes; 3- homens que estão largamente apoiados em vantagens sociais são incapazes de alcançar a eminência, a menos que eles estejam dotados de altas habilidades. (Galton, 1869, p. 43).

Galton também foi o primeiro a definir os conceitos de correlação (posteriormente desenvolvido pelo matemático e psicólogo Karl Pearson), assim como percentil e regressão, conceitos esses que o definiram como o pai da psicometria. Contudo, a ideia de que as habilidades mentais eram predominantemente "naturais" (ou herdáveis) permitiu a ele postular uma outra ideia, que historicamente se tornou associada a práticas antiéticas: a possibilidade de aperfeiçoar a natureza humana (excluindo doenças) por meio do acasalamento de pessoas com características desejáveis. Essa proposta, conhecida como "eugenia", foi usada em algumas sociedades como justificativa para aberrantes experimentos sociais, o que provocou, por longas décadas, uma rejeição da psicologia à produção acadêmica de Francis Galton. A leitura em sequência temporal dos escritos produzidos por ele permite observar que a ideia de aperfeiçoamento humano veio depois de suas viagens à África, continente em que observou (e registrou) com tristeza e espanto as precárias e desumanas condições de vida dos habitantes. Uma visão que deve ter chocado extremamente sua cultura vitoriana.

A leitura justa da produção de Francis Galton permite visualizar que o acadêmico inglês, de fato, abriu à psicologia a possibilidade de entender que as diferenças individuais cognitivas existiam, que a herdabilidade teria um papel considerável nessas diferenças, que elas poderiam

ser mensuráveis e que obedeceriam a um certo padrão (hoje conhecido como “distribuição normal”). Em essência, nenhuma dessas propostas foi cientificamente negada até o momento.

No entanto, seria outro inglês, o psicólogo Charles Spearman (1863-1945), influenciado por Galton, que inauguraria o estudo científico das diferenças individuais em inteligência humana. O princípio de correlação já estava desenvolvido por Karl Pearson, e Spearman o usou em seus estudos sobre habilidades mentais. Spearman desenvolveu, então, o que conhecemos atualmente como “análise fatorial”, ou redução de dados a fatores dado o grau de similaridade entre as variáveis. Segundo sua estratégia de análise, a correlação entre dois ou mais fatores se deve a um componente comum (ou fator *g*), já o resíduo (a parte que não se correlaciona) corresponderia a fatores específicos (ou fatores *s*) da tarefa (Flores-Mendoza & Nascimento, 2001). Essa posição bifatorial seria replicada ou contestada por inúmeros estudos que se seguiram ao de Spearman e que permitiram refinar as técnicas psicométricas.

Entre as contestações históricas ao fator *g* de Spearman se encontra a de Edward Thorndike, fatorialista do início do século XX, segundo o qual *g* seria um artifício estatístico sem relevância psicológica, pois haveria diferentes tipos de inteligência, como a social e a mecânica, a serem considerados. Naquela época, também o psicólogo e engenheiro norte-americano Louis Leon Thurstone criticou o modelo de inteligência como fator único e propôs a independência das habilidades por meio do seu teste Primary Mental Abilities, teste inspirador para a criação de outras famosas baterias, inclusive no Brasil, como a Differential Aptitude Tests, mais conhecida como DAT. De forma semelhante a Thorndike e Thurstone, vários outros fatorialistas propuseram modelos não hierárquicos em que a inteligência era vista como um sistema de dimensões diferenciadas e sem generalidade. Talvez o mais famoso fosse o de Raymond Cattell e John Horn, por destacar o que chamaram de “inteligência fluida” (habilidade de raciocinar e resolver problemas independentemente de conhecimento anterior) e “inteligência cristalizada” (capacidade de utilizar o conhecimento e a experiência passados), proposta bastante usada até os dias atuais (Flores-Mendoza & Nascimento, 2001).

A história da inteligência e sua medição, tanto em nível internacional (Hunt, 2011; Neisser, 1998) quanto nacional (Da Silva, 2003; Flores-Mendoza, 2006; Flores-Mendoza & Nascimento, 2001; Pasquali, 1997), é bastante ampla e rica de informação. Em geral, o que se observa desde a proposta pioneira de Spearman é a discussão entre modelos hierárquicos e modelos não hierárquicos. Uma discussão que, conforme veremos a seguir, caminha para um relativo consenso.

A obra de 810 páginas intitulada *Human Cognitive Abilities: A survey of factor-analytic studies*, escrita pelo psicólogo de linguagem e psicometrista norte-americano John Carroll (1993), constitui o início do fim da discórdia sobre a estrutura fatorial da inteligência. Sua análise psicométrica de 460 matrizes de dados produzidos nas décadas de 1950 e 1960 gerou um modelo hierárquico chamado de teoria dos três estratos. O estrato III representaria o nível mais elevado da hierarquia das habilidades cognitivas e, nele, estaria a habilidade intelectual geral (ou o equivalente ao famoso *g*). No estrato II, estariam as habilidades amplas (oito ao todo), incluindo a inteligência fluida e a cristalizada, a memória e a aprendizagem, a percepção e a velocidade. No estrato I, estariam ao redor de 60 fatores específicos.

Na década de 1990, surgiu a ideia de integrar a proposta de Carroll com a de Raymond Cattell e John Horn, de forma a propor uma taxonomia cognitiva útil para pesquisa, classificação e diagnóstico clínico. Seriam os psicólogos educacionais norte-americanos Kevin McGrew e Dawn P. Flanagan os que desenvolveriam essa ideia, apresentando o modelo de Cattell, Horn e

Carroll (CHC). No início, a proposta previa 12 habilidades amplas e 70 habilidades específicas (Flanagan & McGrew, 1997). Posteriormente, o modelo se estendeu a 16 habilidades amplas e 80 habilidades específicas (McGrew, 2009; Schneider & McGrew, 2012). O modelo CHC é um modelo hierárquico, e o fator *g* é considerado o fator representativo da inteligência geral.

Apesar de os autores do modelo CHC advogarem por um consenso acadêmico sobre sua validade, pertinência e utilidade, outro modelo hierárquico surgiu como modelo explicativo da estrutura da inteligência. Trata-se do modelo de quatro estratos, chamado *g*-VPR (*verbal-perceptual-image rotation*), proposto por Johnson e Bouchard (2005). No primeiro estrato estariam os fatores primários, no segundo estrato estariam os fatores amplos, no terceiro estrato estariam os fatores verbal, perceptual e de rotação, e, no quarto e último estrato, estaria o fator *g*.

Uma comparação entre os modelos hierárquicos (CHC e *g*-VPR) e um não hierárquico (Cattell-Horn) foi conduzida por Major, Johnson e Deary (2012). Para tanto, os autores analisaram os dados do projeto TALENT, um estudo norte-americano realizado em 1960 em uma amostra representativa de estudantes dos Estados Unidos (*N* = 376.213). Nesse projeto, delineado pelo próprio Flanagan (coautor do modelo CHC), foram administrados 59 testes (37 que avaliavam as habilidades amplas e 22 que avaliavam as habilidades específicas). As análises confirmatórias mostraram o modelo *g*-VPR como o de maior ajuste aos dados observados.

Portanto, o modelo hierárquico (Fig. 1.1) se apresenta como a melhor representação da inteligência, embora o fator *g* seja ainda merecedor de análises que desafiam a sua compreensão como ente unitário. Por exemplo, em recente publicação, Kovacs e Conway (2016) propuseram um modelo que integra teoria de resposta ao item, estudos da neurociência e psicologia cognitiva. Segundo os autores, o fator *g* representaria uma sobreposição de processos gerais (p. ex., processos executivos operacionalizados em tarefas de *working memory*) que encobririam processos específicos. Essa sobreposição seria capturada por meios psicométricos (fator *g*). Nesse sentido, o significado psicológico de *g* não perpassaria pela unicidade ou generalidade da capacidade, mas, sim, pela sobreposição de diversos processos gerais.

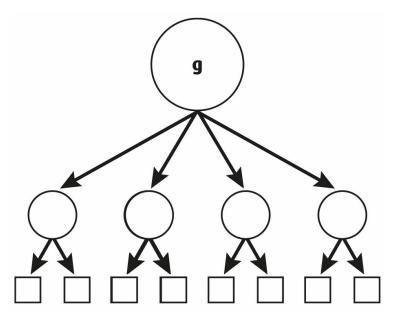



Figura 1.1 Modelo hierárquico da inteligência. No primeiro estrato (quadrados) estariam habilidades muito específicas (p. ex., listar palavras que iniciam com a letra “t” e discriminar diferenças de figuras). No

segundo estrato (círculos menores) estariam habilidades amplas (p. ex., raciocínio verbal e raciocínio figurativo). No terceiro estrato estaria o fator *g*.

O modelo recebeu comentários de renomados pesquisadores de inteligência que levaram suas críticas pelo terreno de suas especialidades. Entretanto, no nosso parecer, as melhores críticas foram a de Gottfredson (2016) e a de Colom, Chuderski e Santarnecchi (2016). A primeira sustentou que *g* é uma propriedade do cérebro e não uma capacidade em si mesma. Assim, diante de um desafio cognitivo (p. ex., calcular a gorjeta do garçom), o cérebro responderia de forma unitária. Esse tipo de resposta cerebral explicaria as correlações positivas entre testes cognitivos. Os outros pesquisadores apontaram para as fracas correlações entre funções executivas e inteligência quando se controla a memória de curto prazo. Portanto, a sobreposição de processos executivos, no fim das contas, teria pouca importância prática, na medida em que, havendo fraca associação com inteligência, sua validade preditiva seria escassa. No entanto, adiante da observação de Kovacs e Conway (2016) de que os processos executivos se relacionam bem com a atividade do lobo frontal, enquanto não se observam evidências neuropsicológicas do fator *g*, Colom e colaboradores (2016) responderam, à semelhança de Gottfredson (2016), que é possível não haver um lugar especial para a inteligência geral no cérebro porque este seria o próprio lugar.

DEFINIÇÃO DE INTELIGÊNCIA

Considerando os diversos modelos de inteligência, não é surpreendente que haja dificuldade em conceituá-la. E, como afirma o professor Douglas Detterman em sua obra a ser publicada em breve, há de se ter consciência de que qualquer definição que se tenha sobre inteligência poderá significar diversas coisas para diferentes pessoas.

Em termos acadêmicos, três grandes levantamentos sobre a definição de inteligência constituem referências clássicas em tratados sobre diferenças individuais em inteligência. São eles o de 1921, publicado no *The Journal of Educational Psychology*; um segundo, publicado na forma de livro por Sternberg e Detterman (1986); e um terceiro, conduzido por Snyderman e Rothman (1987). Em todos os debates, um *pool* de especialistas foi convidado a tratar do assunto. Observou-se que a definição de inteligência variou conforme a especialidade do pesquisador, embora no levantamento de Sternberg e Detterman houvesse maior convergência no que se refere a processos cognitivos, e no levantamento de Snyderman e Rothman tenha se observado maior reconhecimento de raciocínio abstrato, resolução de problemas e capacidade de aquisição de conhecimento como elementos essenciais da inteligência.

Recentemente, Rindermann, Becker e Coyle (2016) publicaram um levantamento de opinião que replicou o *design* do estudo de Snyderman e Rothman (1987). Com menor sucesso de retorno dos especialistas contatados (18%), o estudo de Rindermann, Flores-Mendoza e Woodley, conduzido em 2012, apresentou alguns resultados interessantes. Entre eles, o de que existem tênues diferenças de conceituação entre os termos "competência cognitiva", "habilidade cognitiva" e "inteligência". Por exemplo, 54% da amostra de especialistas que disse haver diferenças conceituais entre esses termos apontou os mesmos componentes da inteligência (p. ex., raciocínio, pensamento abstrato, resolução de problemas, aplicação de lógica, compreensão e capacidade de adquirir conhecimento) como sendo também componentes da habilidade cognitiva. Memória e acuidade sensorial foram os únicos componentes apontados mais como características de habilidade cognitiva do que como inteligência.

Diante desse cenário de diversidade e convergência conceitual, talvez a declaração assinada por 52 renomados pesquisadores e publicada na revista *Intelligence*, em 1997, sobre o que seria a inteligência seja a mais aceita e utilizada em numerosos artigos e livros. Segundo essa declaração, a inteligência:

> (...) é uma capacidade mental muito geral que, entre outras coisas, implica a habilidade para raciocinar, planejar, resolver problemas, pensar de maneira abstrata e aprender da experiência. Não se pode considerar um mero conhecimento enciclopédico, uma habilidade acadêmica particular ou uma destreza para resolver um teste. Entretanto, reflete uma capacidade mais ampla e profunda para compreender o ambiente – perceber, dar sentido às coisas ou imaginar o que deve ser feito (Gottfredson, 1997, p. 13).

A inteligência vista dessa maneira é compreendida como uma dimensão maior do que aquela observada na resolução de um determinado teste psicológico. Trata-se de uma qualidade psicológica que permite ao ser humano sua sobrevivência, sua adaptação e a superação dos desafios do seu meio ambiente. Uma qualidade que opera na discriminação da informação relevante da irrelevante, na aplicação e generalização de ações exitosas e na identificação de

oportunidades relativas ao bem-estar psicossocial. Nesse sentido, o grau de qualidade de vida construído (não simplesmente adquirido) por uma pessoa adulta seria a verdadeira prova de sua capacidade cognitiva, desde que essa construção tenha ocorrido em uma sociedade meritocrática, isto é, em uma sociedade que oferece igualdade de oportunidades a seus cidadãos.

Entretanto, conforme veremos a seguir, embora seja correto afirmar que os testes de inteligência não capturam a inteligência em sua plenitude, eles, sim, capturam uma parte essencial dela e oferecem aos psicólogos informação valiosa sobre o potencial (e as limitações) da capacidade de resolução de problemas das pessoas que atendem.

O SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DA DISTRIBUIÇÃO NORMAL DA INTELIGÊNCIA

A comprovação de que os escores de testes de inteligência apresentam uma distribuição contínua em forma de sino, ou distribuição gaussiana, deve ser de especial atenção profissional pelas consequências observadas nos próprios indivíduos, nas famílias e na sociedade em geral. Observe a Figura 1.2. A primeira foi desenvolvida com base nos dados de 2.010 crianças escolares de Belo Horizonte com idades entre 9 e 11 anos, às quais se aplicou o teste das Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral (conhecido também pela sigla em inglês SPM), no ano de 2009. A segunda foi desenvolvida com base nos dados de 530 estudantes universitários de três estados brasileiros (MG, BA e SP), aos quais se aplicou o teste das Matrizes Progressivas de Raven – Escala Avançada (conhecido também pela sigla em inglês APM), entre 2009 e 2011. Em ambas as figuras se observa um grupo de escores baixos (extremidade esquerda) e de escores altos (extremidade direita) da curva, embora na amostra de crianças observe-se uma tendência de concentração dos escores na metade direita da curva, um fenômeno comentado a seguir.

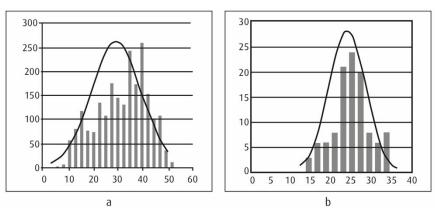



Figura 1.2 (a) Distribuição dos escores no SPM de crianças entre 9 e 11 anos; (b) distribuição dos escores no APM de universitários.

Que significado psicológico comportamental teria uma distribuição dos escores em testes de inteligência, especialmente aqueles das extremidades? A socióloga Linda Gottfredson oferece diversos exemplos do que significa uma variação de escores de inteligência (ou fator *g*, como ela prefere nomear) na prática cotidiana. Segundo Gottfredson (2006), se considerarmos uma escala de QI com média igual a 100, pessoas com QI entre 80 e 90 necessitariam de um acompanhamento tutorial no ensino ou de um treinamento baseado mais na experiência do que em livros, enquanto pessoas com QI entre 90 e 110 aprenderiam rotinas e esquemas rapidamente e seu treino poderia estar baseado em material escrito. Já pessoas com QI entre 110 e 130 mostrariam aprendizagem independente, infeririam informações abstratas rapidamente, levantariam hipóteses e conclusões baseadas em raciocínio acurado, assim como necessitariam pouco tempo de treinamento (ou talvez nenhum) em situações novas.

Vejamos com dados nacionais se tais pressupostos de Gottfredson podem ser observados. Entre os anos de 2007 e 2008, aplicamos uma versão curta da prova PISA (*Programme for International Student Assessment*) – uma prova de desempenho escolar administrada a cada três

anos a estudantes de países-membros e convidados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) – e o SPM a uma amostra de 530 estudantes brasileiros com idade entre 14 e 15 anos de oito escolas públicas e três escolas particulares da cidade de Belo Horizonte. A prova PISA apresenta itens que solicitam, além de conhecimento, o uso de raciocínio na resolução de problemas cotidianos.

Na Figura 1.3, há dois itens dessa prova. O primeiro item requer apenas discriminação perceptual, enquanto o segundo requer raciocínio abstrato. Logo, separamos a amostra entre aqueles de baixo escore (abaixo de 1 desvio padrão em relação à média 0) e aqueles de alto escore (acima de 1 desvio padrão em relação à média 0) no teste de inteligência SPM. Na Figura 1.3, está a proporção de acertos de ambos os grupos (abaixo -1 DP e acima +1 DP) para cada item (fácil e difícil). O item fácil, que exigia apenas identificar a coluna que representava o ano de 1998 e o valor da porcentagem de exportação, foi resolvido por quase todos os estudantes (96%) do grupo com escore acima da média no teste de inteligência SPM, enquanto somente a metade do grupo com escore abaixo da média resolveu o item. Já o item difícil, que exigia raciocínio, foi resolvido pela maioria (62%) dos estudantes de alto desempenho no teste de inteligência, enquanto apenas 15% dos estudantes de baixo desempenho no teste de inteligência resolveram o item. Cabe destacar que o item difícil não exigia necessariamente conhecimento específico, como cálculo de probabilidade. O item podia ser solucionado apenas somando as combinações de cada elemento (sabor da *pizza*). Se considerarmos uma escala de conversão métrica de QI, abaixo de um desvio padrão em relação à média corresponderia a um QI igual ou inferior a 85 e acima de um desvio padrão em relação à média corresponderia a um QI igual ou superior a 115.

Itens PISA	Dificuldade do item	SPM - 1 DP	SPM + 1 DP
Total das exportações anuais da Zedelândia em milhões de zeds, 1996-2000 [gráfico de barras: 1996 – 20,4; 1997 – 25,4; 1998 – 27,1; 1999 – 37,9; 2000 – 42,6] Qual foi o valor total (em milhões de zeds) das exportações de Zedelândia em 1998?	Baixa	50%	96%
Em uma pizzaria, você pode pedir uma *pizza* básica com duas coberturas: queijo e tomate. Você pode igualmente compor sua própria *pizza* com as seguintes coberturas **extras**: azeitonas, presunto, cogumelos e salame. Rose quer pedir uma *pizza* com duas coberturas **extras** diferentes. A partir de quantas combinações diferentes Rose pode escolher? Resposta: .... combinações.	Alta	15%	62%

Figura 1.3 Porcentagem de estudantes que acertaram dois itens (fácil e difícil) do teste PISA de acordo com o grupo de desempenho no teste de inteligência SPM.

Nosso exemplo se refere ao desempenho de adolescentes entre 14 e 15 anos. Considerando-se os estudos sobre desenvolvimento e treinamento cognitivo (Foroughi, Monfort, Paczynski, McKnight, & Greenwood, 2016; Thompson et al., 2013), é pouco provável que haja mudanças substanciais nas diferenças desses grupos na idade adulta. Teoricamente, essas diferenças teriam um sério impacto no ingresso no mercado de trabalho. Embora outros fatores sejam importantes para o trabalho (p. ex., conscienciosidade e ética), é muito difícil esperar que as vagas sejam ocupadas por pessoas com menos recursos cognitivos se houver outras com maiores recursos cognitivos, ainda mais se o mercado de trabalho estiver inserido em uma sociedade meritocrática, de forte competição e baseada na informação.

O estudo de Rindermann e colaboradores (2016) mostrou que os especialistas concordaram (acima de 80%) que pessoas altamente competentes influenciam o desenvolvimento científico e tecnológico de um país mais do que pessoas de nível cognitivo médio. Curiosamente, observou-se uma situação inversa em relação ao desenvolvimento político e democrático de um país: a opinião dominante entre os especialistas foi a de que pessoas com nível médio de inteligência parecem influenciar mais a política do país do que pessoas altamente inteligentes. De qualquer forma, nosso exemplo mostra que as ponderações de Gottfredson sobre as implicações práticas da inteligência são, no mínimo, empiricamente sustentáveis.

A seguir, vamos expor considerações mais detalhadas sobre o processamento cognitivo em ambas as extremidades da distribuição normal da inteligência.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM

Segundo o *site* da respeitada American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (c2017), a deficiência intelectual se caracteriza por sérias limitações no funcionamento cognitivo e comportamental antes dos 18 anos. A recomendação padrão para a sua identificação, no que se refere à dificuldade de processamento de informação, são os testes de inteligência normatizados. Por outro lado, o *site* do também respeitado National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD, 2016) estipula que as dificuldades de aprendizagem constituem um termo geral para descrever um grupo heterogêneo de transtornos de aprendizagem como, por exemplo, dificuldades na fala, no raciocínio, na leitura, na escrita ou em matemática. O NJCLD considera que esses transtornos, de intensidade e frequência variada, são devidos a uma disfunção do sistema nervoso central e podem ocorrer ao longo da vida. A seguir serão apresentados dois estudos sobre essas limitações cognitivas.

O primeiro deles diz respeito à comparação de 24 jovens com deficiência intelectual leve (alfabetizados) com 34 jovens sem deficiência intelectual em tarefas cognitivas básicas, isto é, em tarefas que não exigiam processos cognitivos superiores como raciocínio abstrato (Colom & Flores-Mendoza, 2001; Flores-Mendoza, 1999; Flores-Mendoza, 2003). Uma das 12 tarefas informatizadas administradas demandava observar uma linha de cinco figuras (matrizes 3 x 3, com células brancas e pretas). Depois de um tempo fixo, as cinco figuras desapareciam. Logo, uma das figuras, selecionada entre as cinco previamente apresentadas, aparecia. O participante deveria apontar em qual posição da sequência a figura estava posicionada.

Em uma outra versão da mesma tarefa, o tempo de observação de cada uma das cinco figuras era controlado pelo participante (tempo variável). Tanto na versão de tempo fixo quanto na de tempo variável, a ordem das figuras de ensaio para ensaio era aleatória, isto é, cada ensaio apresentava figuras diferentes em ordem diferente. Não era, portanto, uma tarefa de aprendizagem, e, sim, de memória de curto prazo e discriminação perceptual. Na Figura 1.4 os resultados são apresentados.

Três importantes informações podem ser inferidas a partir da Figura 1.4. A primeira delas é de que os participantes com deficiência intelectual apresentaram maior tempo de reação do que os participantes sem deficiência intelectual (Fig. 1.4a). A segunda observação é de que esse maior tempo de reação se vincula ao grau de exigência da tarefa. As últimas posições são lembradas com maior facilidade porque requerem menor tempo de armazenamento na memória do que as primeiras posições e é por isso que as diferenças no tempo de reação entre os grupos de participantes se reduzem drasticamente. A terceira observação, com impacto em programas educacionais, é de que as diferenças entre participantes com e sem deficiência intelectual diminuem (mas não se extinguem) quando o tempo de resolução da tarefa é gerenciado pelo próprio indivíduo. Provavelmente essa inferência seria correta somente em casos de tarefas que exigem cognição básica. Em tarefas de maior complexidade, o tempo de exposição à informação teria pouco impacto nas diferenças entre os grupos com e sem deficiência intelectual.

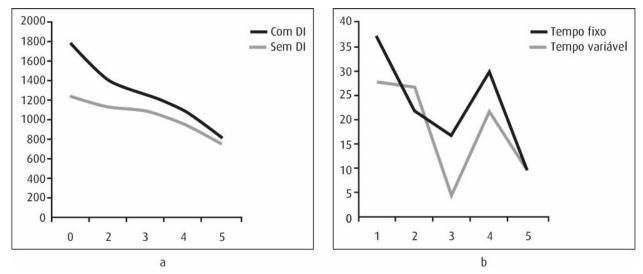



Figura 1.4 (a) Tempo de reação (em milissegundos) na evocação da figura em cada posição; (b) diferenças nas porcentagens de respostas corretas entre pessoas com deficiência intelectual (DI) e sem deficiência intelectual na tarefa de recordação com tempo fixo e com tempo variável.

Um segundo estudo (Flores-Mendoza & Colom, 2000; Flores-Mendoza, Colom, Garcia, & Castilho, 2001) refere-se ao processamento cognitivo de 30 alunos com problemas de aprendizagem e 30 sem problemas de aprendizagem em matemática e português, com idades entre 14 e 16 anos e matriculados entre a 7ª e a 8ª série de duas escolas públicas. Os grupos com e sem dificuldade de aprendizagem apresentavam uma média de 33 e 45 pontos, respectivamente, no teste SPM. A ambos os grupos foram administradas duas tarefas informatizadas, uma numérica e outra verbal, que requeriam memorização ativa (ou chamada também de “memória de trabalho”). A tarefa numérica solicitava ao participante que mantivesse na memória o valor de cada letra de cada parte de uma equação de forma que, no final, por meio de operações matemáticas simples, resolvesse equações com duas (p. ex., A = B + 2, B = 3. Qual é o valor de A?) ou três letras (p. ex., A = 2 + B, B = 3 + C e C = 4. Qual é o valor de A e B?). Na tarefa verbal, eram apresentadas séries de palavras (de 4 ou 5 letras) e era solicitado ao participante que recordasse as primeiras letras de cada palavra (p. ex., ilha, bola, gelo e casa) e as escrevesse em ordem alfabética (B, C, G e I). Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas em todos os parâmetros avaliados pelas tarefas. Os tempos de reação dos grupos de participantes em ambas as tarefas são apresentados na Figura 1.5.

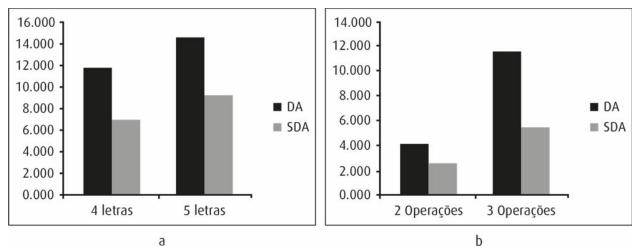



Figura 1.5 Tempo de reação (em milissegundos) de alunos com dificuldade de aprendizagem (DA) e sem dificuldade (SDA) em (a) tarefa verbal e em (b) tarefa numérica.

Os dois estudos apresentados, o da deficiência intelectual e o dos alunos com dificuldades de aprendizagem, mostraram que o déficit de processamento de informação em ambas as populações perpassa por déficits na velocidade e na memória de curto prazo. Observe que, no estudo da deficiência intelectual, a tarefa não requeria processos cognitivos de ordem superior (p. ex., raciocínio). No caso do estudo de alunos com problemas de aprendizagem, a tarefa numérica referia-se a operações matemáticas simples (adição, subtração, multiplicação e divisão) já dominadas pelos participantes que cursavam a 7ª ou a 8ª série. Em ambos os casos, a memória colapsou, e a velocidade de processamento ficou comprometida.

SUPERDOTAÇÃO

Aos leitores com curiosidade sobre o assunto da superdotação, sugere-se revisar os escritos de Francis Galton no *site* mencionado anteriormente e também examinar um trabalho considerado extraordinário pela grandiosidade do esforço e originalidade para a época, qual seja o estudo do psicólogo norte-americano Lewis Terman, o adaptador do teste Binet para os Estados Unidos. Nesses escritos estão as bases (pouco reformuladas até o momento) do conhecimento sobre o alto rendimento cognitivo. Os estudos de Terman e sua equipe de colaboradores referem-se à avaliação e ao acompanhamento de 1.528 crianças de alto desempenho cognitivo no teste Binet (e outras medidas complementares), iniciados no ano de 1921 no estado da Califórnia. Os escritos de Terman constituem cinco volumes da série intitulada *Genetic Studies of Genius*, publicada pela Universidade de Stanford. Os resultados desses estudos foram sucintamente descritos por Flores-Mendoza e Widaman (2015). Neles se aprecia o alto retorno social que as pessoas de alto rendimento intelectual podem oferecer à comunidade e infere-se a necessidade de valorizá-las, identificá-las precocemente e estimulá-las.

O que entendemos por superdotação? Em termos práticos, a superdotação pode ser entendida como o desempenho cognitivo superior à maioria da população. A melhor forma de identificação, até o presente, é a observação do desempenho cognitivo em testes psicométricos que demandem cognição, especialmente em testes de maior peso no fator *g*. No Laboratório de Avaliação das Diferenças Individuais, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), iniciamos um estudo a esse respeito.

A seguir serão apresentados dois casos de suspeita de superdotação encaminhados pelos pais para avaliação cognitiva em 2016. O primeiro deles refere-se a uma criança de 11 anos, do sexo masculino, que chamaremos de Paulo. Segundo a mãe, desde o início da vida escolar, Paulo apresentava muita facilidade para entender o conteúdo e aprendia de forma rápida. Ingressou na escola com 2 anos e foi encaminhado para um ano acima daquele indicado para a sua idade. Os atuais professores costumavam referir-se a ele como inteligente, criativo e curioso. Quando tinha 7 anos, a mãe foi alertada por uma professora sobre a possibilidade de superdotação dada a sua facilidade com leitura e escrita assim como extrema facilidade em matemática. Frequentemente essa facilidade levava Paulo a terminar as tarefas escolares bem antes que seus colegas de turma. A título de curiosidade, a mãe contou que certa vez uma professora de matemática acusou Paulo de ter colado na prova, pois havia terminado o exame em 20 minutos (com 90% de acertos) sendo que o tempo oferecido para essa prova era de 1 hora e 40 minutos. A mãe esperava que a avaliação a auxiliasse na compreensão das necessidades especiais do filho.

O segundo caso se refere a um pré-adolescente de exatos 13 anos, do sexo masculino, que chamaremos de Vitor. Segundo o pai, quando Vitor tinha 7 anos, sua professora relatou que a criança apresentava facilidade nas tarefas escolares e que, portanto, seria melhor que trocasse de escola de forma a adequar-se melhor ao potencial da criança. Em sua nova escola, Vitor ganhou prêmios de melhor aluno da sala, mas, segundo o pai, a escola nunca o informou sobre supostas altas habilidades. O pai disse se impressionar com a quantidade de gibis que Vitor lia, com a extensão do seu vocabulário e com a sua fala formal para a idade dele. Embora o pai acreditasse que o filho pudesse ser superdotado, essa percepção não teria sido unânime entre aqueles mais próximos do pré-adolescente, daí a razão em solicitar uma avaliação cognitiva.

A avaliação que realizamos em ambos os casos envolveu uma entrevista semidirigida com os responsáveis legais das crianças, entrevistas com as próprias crianças, observação comportamental e administração de testes psicológicos.

A seguir, são apresentados os resultados de ambas as crianças. No caso do teste SPM, Paulo obteve uma pontuação bruta (55) maior do que a de Vitor (48), o que o posicionou no percentil 99 e Vitor no percentil 90-95. Se utilizarmos uma escala métrica de conversão, poderia ser observado que o percentil 99 corresponde a um QI de 133 e o percentil 90 a 95 representa um QI entre 119 e 124. Ao avaliar as crianças com o uso da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV), essas estimativas de QI para ambos os casos se confirmaram. Por outro lado, no caso de Vitor, optou-se por utilizar também os testes de raciocínio verbal e abstrato da Bateria de Provas de Raciocínio (Almeida & Primi, 2000). O resultado em QI se manteve o mesmo para raciocínio abstrato e um pouco menor para raciocínio verbal. No caso de Paulo, optou-se pela aplicação de uma versão curta do teste PISA (de conteúdo matemático) com o intuito de verificar a suposta facilidade matemática alegada pela mãe. É importante lembrar que a prova PISA é aplicada em estudantes de 15 anos. O desempenho foi de nove acertos em 16. Esse desempenho corresponde ao percentil 75 para adolescentes entre 14 e 15 anos, conforme estudo conduzido em nosso laboratório. Isso significa que, se houvesse normas para crianças da idade de Paulo (11 anos), muito provavelmente o percentil seria bem superior a 75. Mais ainda, considerando-se que, no período de avaliação de Paulo, o menino se encontrava com forte resfriado mostrando apatia na execução de algumas tarefas, optou-se por testá-lo de novo nos subtestes do WISC-IV, que supostamente teriam sido afetados. A fim de evitar efeito de aprendizagem e testar sua potência cognitiva, empregaram-se os subtestes da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS-III). Ao utilizar as normas oferecidas pelo manual da WAIS-III para a menor idade, no caso de 16 anos, foram observadas pontuações ponderadas acima da zona média de desempenho nos quatro subtestes, corroborando, portanto, a facilidade cognitiva de Paulo.

- Paulo
  - SPM (utilizando-se normas LADI)[3] – Pontuação bruta 55; Percentil 99; QI 133
  - WISC-IV – Percentil 99; QI 132
  - PISA – Pontuação bruta: 9/16
  - Subtestes WAIS (utilizando-se as normas para 16 anos)
  - Códigos: PP 14
  - Cubos: PP 18
  - Raciocínio Matricial: PP 14
  - Procurar Símbolos: PP 14
- Vitor
  - SPM (utilizando-se normas LADI) – Pontuação bruta 48; Percentil 90-95; QI 119-124
  - WISC-IV – Percentil 94; QI 123
  - BPR-RV – Percentil 75; QI 110
  - BPR-RA – Percentil 95; QI 124

Na Figura 1.6, são apresentados os desempenhos, em pontuações ponderadas, de Paulo e Vitor nos subtestes do WISC-IV. Acima da zona média (marcada por um retângulo), observa-se

que Paulo apresentou maior potência cognitiva (e provável superdotação) do que Vitor.

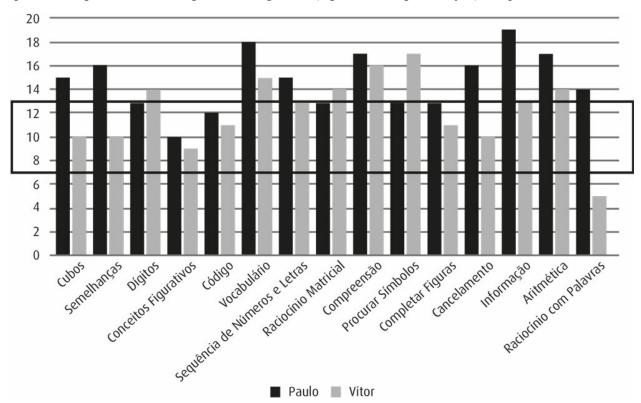



Figura 1.6 Desempenho de Paulo e Vitor nos subtestes da bateria WISC-IV em pontos ponderados (a área retangular refere-se à área de desempenho normal).

As razões que sustentaram nosso parecer foram as seguintes:

1. Em nível comportamental, Paulo chamou a atenção da escola desde os primeiros anos escolares pela sua facilidade cognitiva, especialmente em matemática. Vitor, de maior idade e, portanto, com maior experiência escolar, não chamou a atenção da escola com relação a seu desempenho. A curiosidade cognitiva de Paulo era ampla (matemática, ciência, ficção, jogos de tabuleiro, física, literatura – seus preferidos eram Sherlock Holmes e Agatha Christie), enquanto a de Vitor era restrita (jogos *on-line* típicos da idade em que se encontrava). Durante a entrevista, Paulo manifestou linguagem sofisticada ("Por favor, não estranhe as minhas loucuras" ao tentar justificar os rabiscos feitos na prova PISA). Vitor, apesar de sua preferência por composição de histórias, utilizava linguagem apropriada para a idade.
2. Em nível afetivo, Paulo mostrou extrema autocrítica em relação ao seu desempenho, o que lhe causava muita ansiedade. Em certa ocasião, chegou a lacrimejar ao final de um determinado teste por não concluir todos os itens. Já Vitor era pouco falante, porém verbalizava muita tristeza e desapontamento por não viver com os pais (separados) e, sim, com uma tia. Seu refúgio era o computador. Ambos, portanto, tinham razões afetivas que podiam ter comprometido seu desempenho nos testes administrados. Entretanto, os dois mostraram desempenho acima da média, com maior ênfase no caso de Paulo.
3. Quanto ao nível de planejamento, Paulo queria ingressar no Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA) quando adulto e, para tanto, apresentou-se em um processo seletivo de

uma das escolas mais procuradas de Belo Horizonte, competindo com centenas de postulantes. Apesar de uma excelente pontuação, por razões de número de vagas, não conseguiu ingressar. Vitor almejava ser escritor e se expressava escrevendo algumas histórias, mas suas leituras (sempre na internet) eram pontuais.

4. Desempenho cognitivo. Paulo obteve desempenho acima da zona média em nove dos 15 subtestes do WISC-IV, enquanto Vitor obteve desempenho acima da zona média em seis subtestes. O QI total, portanto, foi de 132 para Paulo e de 123 para Vitor, o que os situam, considerando-se o erro padrão de medida, na classificação Superior e Muito Superior, no caso de Paulo, e entre Média Superior e Superior, no caso de Vitor. Porém, igualmente importante é observar os subtestes nos quais ambos manifestaram facilidade. Os subtestes que em geral apresentam maior peso no fator geral da inteligência são Vocabulário, Informação, Semelhança, Raciocínio Matricial, Cubos e Aritmética. Foram justamente nesses testes que Paulo se sobressaiu (é importante lembrar que, em Cubos e Raciocínio Matricial da WAIS-III, Paulo de 11 anos obteve uma pontuação ponderada de 18 e 14, respectivamente, considerando-se as normas para 16 anos). Entretanto, se considerarmos os níveis de superdotação (leve, moderada, alta e extremamente alta), a facilidade cognitiva de Paulo é a mais comum, isto é, ele mostra um nível de superdotação de maior frequência ou superdotação leve (QI 132), aquela que se encontra na taxa de um caso para cada 44 indivíduos (a título de comparação, um indivíduo de QI 160, ou com superdotação muito alta, corresponderia a uma taxa de um caso para cada 10.000 indivíduos e é o tipo de superdotação que costuma chamar a atenção da imprensa).

Obviamente existem mais detalhes dos casos aqui apresentados, porém as observações supracitadas são as mais importantes para entender como os testes psicológicos (bem construídos) fornecem estimativas valiosas para a compreensão e o diagnóstico da superdotação. A superdotação é um assunto pouco estudado no Brasil desde a perspectiva diferencial. Contrários à tendência de ignorar o termo “inteligência” na compreensão da superdotação substituindo-o por termos como “altas habilidades” ou “desempenho cognitivo acima da média”, como algumas correntes acadêmicas propõem, somos do parecer de resgatá-lo e começar a prestar atenção à produção acadêmica a respeito. Nesse sentido, Warne (2016) apontou algumas razões sobre por que o estudo da superdotação deveria focar-se no fator *g* e no modelo CHC. Elas seriam: 1) revelaria informação relevante haja vista que inteligência é um dos construtos melhor estudados pela psicologia; 2) os educadores sabem melhor ajustar as propostas educativas segundo o construto de inteligência do que segundo outros fatores psicológicos (p. ex., construir um currículo pedagógico baseado no nível de motivação dos alunos seria mais complexo do que baseado no nível de abstração necessário para a compreensão de um conteúdo); e, algo que se verá logo depois, 3) a inteligência é um excelente preditor de resultados sociais.

Nesse sentido, afirmamos que, embora fatores não cognitivos sejam importantes na compreensão da superdotação (p. ex., perseverança e preferências), são os fatores cognitivos que primeiramente discriminam as diferenças individuais na população.

CORRELATOS SOCIAIS DA INTELIGÊNCIA

A importância de avaliar a inteligência e do uso dos testes psicométricos se ancora nas numerosas investigações em que se associam os resultados em testes de inteligência a diversos fenômenos sociais. Sabe-se, por exemplo, que a associação entre as pontuações de testes de inteligência e o rendimento escolar gira em torno de 0,50 (Neisser et al., 1996) e entre 0,50 e 0,90 com o rendimento laboral (Hunter & Hunter, 1984; Jensen, 1998; Ree & Earle, 1992; Ree, Earles, & Teachout, 1994). Também foram encontradas significativas correlações negativas, embora pequenas, entre QI e problemas sociais como delinquência, alcoolismo, autoritarismo e acidentes automobilísticos graves (Brand,1987; O'Toole & Stankov,1992). A eficiência neuronal (tempo de reação e tempo de inspeção) também se correlaciona entre -0,40 e -0,50 com inteligência (Bates & Eysenck, 1993; Chaiken & Young, 1993; Deary & Stough 1996; Kranzler & Jensen, 1989).

Nessa mesma direção, estudos brasileiros mostram associação significativa entre inteligência e desempenho escolar (Colom & Flores-Mendoza, 2007), orientação política (Rindermann, Flores-Mendoza, & Woodley, 2012), interesses profissionais (Godoy, Noronha, Ambiel, & Nunes, 2008), desempenho universitário (Primi, Santos, & Vendramini, 2002) ou com o grau de informação geral e atualizada (Flores-Mendoza, Jardim, Abad, & Rodrigues, 2010).

Atualmente as pesquisas sobre diferenças cognitivas em nível individual se dirigem ao estudo de diferenças de grupo, especialmente diferenças entre nações (Lynn & Vanhanen, 2002). Nesses estudos, observa-se que a correlação entre o produto interno bruto (PIB) e o QI médio das populações de diversas nações é de 0,757. Outros estudos têm mostrado associações significativas entre QI das nações e expectativa de vida (Kanazawa, 2006); taxa de matrícula no ensino médio e de analfabetismo (Barber, 2005); crime (Rushton & Templer, 2009); produção de conhecimento tecnológico (Gelade, 2008; Jones & Schneider, 2010); ateísmo (Lynn, Harvey, & Nyborg, 2009; Reeve, 2009); produção científica (Morse, 2008); taxa de fertilidade (Reeve, 2009; Shatz, 2008); taxa de mortalidade materna e infantil (Reeve, 2009); taxa de aids (Rindermann & Meisenberg, 2009) e desigualdade social (Meisenberg, 2012).

Não há dúvida, portanto, de que a inteligência é um construto ubíquo e de alta relevância social. Nesse sentido, ela não pode ser ignorada em pesquisas e tomadas de decisão relativas a populações humanas.

A INTELIGÊNCIA E OS DESAFIOS DO SÉCULO XXI

O reconhecimento de que os recursos cognitivos de uma população são importantes para o desenvolvimento de uma nação impele diversas organizações e governos ao mapeamento e fomento desses recursos. Por exemplo, as iniciativas do governo britânico sob o título *The Foresight Project on Mental Capital and Wellbeing* (Beddington et al.2008) ou o projeto *Future of skills and lifelong learning* (descrito no site https://www.gov.uk/government/collections/future-of-skills-and-lifelong-learning) têm como objetivo mapear as características de capital humano presentes e necessárias na população britânica para lidar com os desafios de sociedades altamente competitivas nos próximos 10 ou 20 anos. Em 2015, o Banco Mundial, por sua vez, assume que a compreensão dos processos cognitivos humanos poderia assistir favoravelmente as políticas públicas de desenvolvimento e intervenção. Mais ainda, em outro documento, o Banco Mundial (Cunningham, Acosta, & Muller, 2016) reconheceu que fatores cognitivos e emocionais da força de trabalho são vitais para analisar o grau de desenvolvimento do mercado de trabalho das nações.

O reconhecimento do papel importante da inteligência no desenvolvimento social se deve em última instância ao fato de que o século XXI vem se caracterizando, por um lado, pelo declínio das tarefas rotineiras e de esforço físico e, por outro lado, pela demanda em aumento de tarefas abstratas e de atividades dinâmicas. Por exemplo, no mercado de trabalho, o novo cenário exige outras modalidades de gestão empresarial como o de *chief operating officer* (COO), que décadas atrás quase não aparecia em processos de seleção. A habilidade de resolver e gerenciar problemas em curto espaço de tempo é, portanto, a habilidade de maior demanda nas organizações (Neubert, Mainert, Kretzschmar, & Greiff, 2015).

Graças aos instrumentos de medição, a psicologia diferencial tem avançado muito na precisa identificação das diferenças individuais em inteligência – conhecimento esse usufruído em outras áreas de saber como a neurociência. Entretanto, menos êxito tem-se tido na identificação das causas das diferenças individuais. Por exemplo, perguntas como: quais são os genes responsáveis pela variação cognitiva? O que significa o aumento de escores em teste de inteligência ao longo de gerações (efeito Flynn), mas não em uma mesma geração (efeito Jensen)? Por que a representação das mulheres difere daquela dos homens em ciência? Por que grupos de diversas ancestralidades biogeográficas diferem em seus desempenhos em testes cognitivos? Que significado prático e psicológico tem a observação de Spearman sobre maior importância de *g* em grupos de baixo QI (altas correlações entre testes) e menor importância de *g* em grupos de alto QI (menores correlações entre testes), conhecida como a “lei do retorno diminuído de *g*”? São perguntas ainda não respondidas satisfatoriamente. Entretanto, duas questões parecem já ter sido resolvidas: 1) os fatores cognitivos (ou habilidades) não são independentes (daí a aceitação de um componente geral da inteligência) e 2) diferenças de inteligência acompanham as diferenças de desenvolvimento social.

Sem dúvida, a inteligência é um dos pouquíssimos construtos sobre o qual a psicologia científica produziu, e ainda produz, relevante informação; não apenas é útil para a prática profissional do psicólogo como também serve de referência para o avanço de qualquer ciência comportamental no século XXI. A maior parte desse avanço se deve aos instrumentos de avaliação psicológica, uma criação da psicologia e algo de que todo psicólogo deve se orgulhar.

REFERÊNCIAS

Almeida, L., & Primi, R. (2000). *Bateria de Provas de Raciocínio – BPR-5: Manual de aplicação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (c2017). *Definition of Intellectual Disability*. Recuperado de: http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WfkxEmhSzIV

Barber, N. (2005). Educational and ecological correlates of IQ: A cross-national investigation. *Intelligence, 33*(3), 273-284.

Bates, T.C., & Eysenck, H. J. (1993). Intelligence, inspection time, and decision time. *Intelligence, 17*(4), 523-531.

Beddington, J., Cooper, L., Field, J., Goswami, U., Huppert, F., Jenkins, R., … Thomas, S. (2008). The mental wealth of nations. *Nature*, *455*, 1057-1060.

Bowman, M. L. (1989). Testing Individual Differences in Ancient China. *American Psychologist*, *44*(3), 576-578.

Brand, C. (1987). The importance of general intelligence. In S. Modgil, & C. Modgil (Eds.), *Arthur Jensen: Consensus and Controversy* (pp.251-265). New York: Falmer.

Carroll, J.B. (1993). *Human cognitive abilities. A survey of factor analytic studies*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Chaiken, S. R., & Young, R. K. (1993). Inspection time and intelligence: Attempts to eliminate the apparent movement strategy. *American Journal of Psychology, 106*(2), 191-210.

Colom, R., & FloresMendoza, C. (2001). Inteligencia y memoria de trabajo: La relación entre g, complejidad cognitiva y capacidad de procesamiento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa. 17*(1), 37-47.

Colom, R. & Flores-Mendoza, C. (2007). Intelligence predicts scholastic achievement irrespective of SES factors: Evidence from Brazil. *Intelligence, 35*(3), 243-251.

Colom R., Chuderski A., & Santarnecchi E. (2016). Bridge over troubled water: Commenting on Kovacs and Conway's Process Overlap Theory (POT). *Psychological Inquiry, 27*(3), 181–189.

Cunningham, W., Acosta, P. & Muller, N. (2016). *Minds and Behaviors at Work: Boosting Socioemotional Skills for Latin America's Workforce. Directions in Development--Human Development*. Washington: World Bank.

da Silva, J. A. (2003). *Inteligência Humana: Abordagens Biológicas e Cognitivas*. São Paulo: Lovise.

Deary, I. J., & Stough, C. (1996). Intelligence and inspection time: Achievements, prospects, and problems. *American Psychologist, 51*(6), 599-608.

Flanagan, D. P., & McGrew, K. S. (1997). A cross-battery approach to assessing and interpreting cognitive abilities: Narrowing the gap between practice and cognitive science. In D. P. Flanagan, J. L. Genshaft, & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (pp. 314–325). New York: Guilford Press.

Flores-Mendoza, C.E. (1999). *Processamento cognitivo básico e inteligência em deficientes mentais*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo.

Flores-Mendoza, C.E. & Colom, Roberto (2000). Memoria de trabajo y su relación con el retraso mental y déficit cognitivo. *Estudos de Psicologia* (Campinas), *17*(3), 67-89.

Flores-Mendoza, C. E. (2003). Como as pessoas com deficiência mental processam a informação? *Psicólogo InFormação, 1*, 53-70.

Flores-Mendoza, C. E. (2006). O estudo das diferenças individuais no Brasil. In C. Flores-Mendoza, R. Colom, A. Andrés-Pueyo, R. J. Haier, & S. A. Petrill. *Introdução à Psicologia das diferenças individuais* (pp.37-56). Porto Alegre: Artmed.

Flores-Mendoza, C. E. & Nascimento, E. do (2001). Inteligência: O construto melhor investigado em psicologia. *Boletim de Psicologia*, *51*(114), 37-64.

Flores-Mendoza, C. E. & Widaman, K. F. (2015). Inteligência Geral e as Altas Habilidades/Superdotação. In S. M. Barroso, F. Scorsolini-Comin, & E. Nascimento (Orgs.), *Avaliação psicológica: da teoria às aplicações* (pp. 103-153). Petrópolis: Vozes.

Flores-Mendoza, C. E., Colom, R., Garcia, L. F., & Castilho, A. V. (2001). Dificultades en el rendimiento escolar y la memoria de trabajo. *Boletim de Psicologia*, *1,* 21-36.

Flores-Mendoza, C. E., Jardim, G.L., Abad, F.J. & Rodrigues, L.A. (2010). Informação Geral e Atual e sua relação com a inteligência e a personalidade em crianças escolares. *Estudos de Psicologia*, *27*(2), 161-168.

Foroughi, C.K., Monfort, S.S., Paczynski, M., McKnight, P.E., & Greenwood, P.M. (2016). Placebo effects in cognitive training. *PNAS*, *113*(27), 7470-7474.

Galton, F. (1869). *Hereditary Genius*. Recuperado de http://galton.org/books/hereditary-genius/text/pdf/galton-1869-genius-v3.pdf

Gelade, G. A. (2008). IQ, cultural values, and the technological achievement of nations. *Intelligence*, *36*(6), 711-718.

Godoy, S., Noronha, A. P. P., Ambiel, R. A. M., & Nunes, M. F. O. (2008). Instrumentos de inteligência e interesses em orientação profissional. *Estudos de Psicologia*, *13*(1), 75-81.

Gomes, A. (2015). *Letramento Científico: Um indicador para o Brasil. São Paulo: Instituto Abramundo*. Recuperado de http://institutoabramundo.org.br/wp-content/uploads /2015/09/ILC_Letramento%20cientifico_um%20indicador%20para%20o%20Brasil.pdf.

Gottfredson, L. S. (1997). Why g matters: the complexity of everyday life.*Intelligence*,*24*(1), 79-132.

Gottfredson, L. S. (2006). Consequências sociais das diferenças de grupo em habilidade cognitiva. In C. E. Flores-Mendoza, & R. Colom (Eds.), *Introdução à psicologia das diferenças individuais* (pp. 433-456). Porto Alegre: Artmed.

Gottfredson, L. (2016). A g Theorist on Why Kovacs and Conway's Process Overlap Theory Amplifies, Not Opposes, g Theory. *Psychological Inquiry, 27*(3), 210-217.

Hunt, E. (2011). *Human intelligence*. Cambridge: Cambrige University Press.

Hunter, J. E. & Hunter, R. F. (1984). Validity and utility of alternative predictors of job performance. *Psychological Bulletin*, *96*(1), 72-98.

Jensen, A. (1998). *The g factor*. New York: Praeger.

Johnson, W., & Bouchard, T., Jr. (2005). The structure of human intelligence: It is verbal, perceptual, and image rotation (VPR), not fluid and crystallized. *Intelligence*. *33*(4), 393–416.

Jones, G., & Schneider, W. J. (2010). IQ in the production function: Evidence from immigrant earnings. *Economic Inquiry, 48*(3), 743–755.

Kanazawa, S. (2006). IQ and the wealth of states. *Intelligence, 34*(6), 593-600.

Kovacs K., & Conway A. R. A. (2016). Process overlap theory: A unified account of the general factor of intelligence. *Psychological Inquiry, 27*(3), 151–177.

Kranzler, J. H., & Jensen, A. R. (1989). Inspection time and intelligence: A Meta-Analysis. *Intelligence*, *13*(4), 329-347.

Lynn, R., & Vanhanen, T. (2002). *IQ and the wealth of nations*. London: Praeger.

Lynn, R., Harvey, J., & Nyborg, H. (2009). Average intelligence predicts atheism rates across 137 nations. *Intelligence, 37*(1), 11-15.

Lynn, R. & Vanhanen, T. (2012). *Intelligence:* A unifying construct for the Social Sciences. London: Ulster Institute for Social Research.

Major, J.T, Johnson, W., & Deary, I.J. (2012). Comparing models of intelligence in Project TALENT: The VPR model fits better than the CHC and extended Gf–Gc models. *Intelligence, 40*(6), 543-559.

McGrew, K. S. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence, 37*(1), 1-10.

Meisenberg, G. (2012). National IQ and economic outcomes. *Personality and Individual Differences*, *53*(2), 103-107.

Millon, T. (2004) *Masters of the Mind: Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Morse, S. (2008). The geography of tyranny and despair: Development indicators and the hypothesis of genetic inevitability of national inequality. *Geographical Journal, 174*(3), 195–206.

National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD). (2016). Recuperado de http://www.ldonline.org/pdfs/njcld/NJCLDDefinitionofLD_2016.pdf

Neisser, U. (1998). *The rising curve – long term gains in IQ and related measures*. Washington: APA.

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., … & Urbina, S. (1996). Intelligence: Knows and Unknowns. *American Psychologist, 51(2)*, 77-101.

Neubert, J.C., Mainert, J., Kretzschmar, A., & Greiff, S. (2015). The Assessment of 21st Century Skills in Industrial and Organizational Psychology: Complex and Collaborative Problem Solving. *Industrial and Organizational Psychology, 8*(2), 238–268.

O'Toole, B. J., & Stankov, L. (1992). Ultimate validity of psychological tests. *Personality and Individual Differences, 13*(6), 699-716.

Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora UnB.

Primi, R., Santos, A. A. A., & Vendramini, C. M. (2002). Habilidades básicas e desempenho

acadêmico em universitários ingressantes. *Estudos em Psicologia, 7*(1), 47-55.

Ree, M. J., & Earle, J. A. (1992). Intelligence is the best predictor of job performance. *Current Directions in Psychological Science, 1*(3), 86-89.

Ree, M. J., Earles, J. A., & Teachout, M. S. (1994). Predicting job performance: Not much more than g. *Journal of Applied Psychology, 79*(4), 518-524.

Reeve, C. L. (2009). Expanding the g-nexus: Further evidence regarding the relations among national IQ, religiosity and national health outcome. *Intelligence*, *37*(5), 495-505.

Rindermann, H., & Meisenberg, G. (2009). Relevance of education and intelligence at the national level for health: The case of HIV and AIDS. *Intelligence, 37*(4), 383-395.

Rindermann, H., Becker, D., & Coyle, T. R. (2016). Survey of expert opinion on intelligence: Causes of international differences in cognitive ability tests. *Frontiers in Psychology, 7*, 1–9.

Rindermann, H., Flores-Mendoza, C., & Woodley, M. (2012). Political orientations, intelligence and education. *Intelligence, 40*(2), 217-225.

Rushton, J. P., & Templer, D. I. (2009). National differences in intelligence, crime, income, and skin color. *Intelligence, 37*(4), 341-346.

Schneider, W. J., & McGrew, K. S. (2012). The Cattell-Horn-Carroll Model of Intelligence. In D. P. Flanagan, & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (3rd ed., pp. 99–144). New York: Guilford Press.

Shatz, S. M. (2008). State IQ and fertility in the United States. *Mankind Quarterly, 49*(1), 38-49.

Snyderman, M., & Rothman, S. (1987). Survey of expert opinion on intelligence and aptitude testing. *American Psychologist, 42*(2), 137-144.

Sternberg, R. J., & Detterman, D. K. (Eds.). (1986). *What is intelligence?Contemporary viewpoints on its nature and definition*. Norwood: Ablex.

Thompson, T. W., Waskom, M. L., Garel, K. L. A., Cardenas-Iniguez, C., Reynolds, G. O., Winter, R., ... & Gabrieli, J. D. (2013). Failure of working memory training to enhance cognition or intelligence. *PloS one, 8*(5), e63614.

Warne, R. T. (2016). Five reasons to put the g back into giftedness: An argument for applying the Cattell-Horn-Carroll Theory of Intelligence to gifted education research and practice. *Gifted Child Quarterly, 60*(1), 3-15.

Livro em preparação encaminhado pelo professor Detterman à primeira autora do presente capítulo no final de dezembro de 2015.

Para mais informações, acesse: www.galton.org.

Normas para o contexto mineiro elaboradas pelo Laboratório de Avaliação das Diferenças Individuais – Departamento de Psicologia – UFMG.

2

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA NO CICLO VITAL

Lauren Tonietto

A avaliação da inteligência é um dos grandes temas de estudo da psicologia e uma prática psicológica existente desde os primórdios da psicologia científica. Excelentes revisões podem ser encontradas em Segabinazi e Zamo (2016), Primi (2006) e Pasquali (2002). A evolução da produção científica em psicologia nas áreas de avaliação psicológica, psicologia do desenvolvimento, psicologia cognitiva e neuropsicologia permite, atualmente, construir um conjunto de conhecimentos que subsidiam a avaliação da inteligência ao longo do ciclo vital, tema deste capítulo.

Com o desenvolvimento das áreas da psicologia citadas e o crescimento do conhecimento acerca do tema, os estudos relacionados à inteligência passaram a focar também nas funções cognitivas, como atenção, percepção, memória, imaginação, organização do conhecimento, linguagem, pensamento, resolução de problemas, criatividade, raciocínio e tomada de decisão. Atualmente, o conceito de inteligência está relacionado à habilidade de utilizar o conhecimento para resolver problemas (Eysenck & Keane, 1994; Matlin, 2004; Sternberg et al., 2000).

Sternberg e colaboradores (2000) destacaram, principalmente, a "inteligência prática", relacionada ao conhecimento e às habilidades necessárias no cotidiano de brincadeiras, estudo e trabalho. Apesar da relação entre inteligência e cognição – e as já mencionadas funções cognitivas –, há outros aspectos conhecidos pela psicologia do desenvolvimento que influenciam a inteligência, como as variáveis do desenvolvimento físico, neurológico, afetivo ou emocional, linguístico, social e moral (Papalia, Feldman, & Martorell, 2013). Além disso, circunstâncias da vida, tais como doenças e acidentes, podem resultar em disfunções cognitivas, ou seja, em um funcionamento atípico ou disfuncional de uma ou mais funções, como memória e linguagem, por exemplo.

Recentemente, um grupo de funções relacionadas à tomada de decisão – e, certamente, relacionadas com a inteligência – tem sido mais profundamente estudado, chamado de funções executivas. Esse conjunto de funções engloba processos necessários para a execução de uma ação, também chamados de "executivo central", tais como atenção, memória, linguagem, raciocínio e tomada de decisão (Tonietto, Wagner, Trentini, Sperb, & Parente, 2011). Para a neuropsicologia, as funções executivas são atribuídas essencialmente ao desenvolvimento e ao funcionamento do lobo frontal (Fuster, 2002, 2004; Stuss & Benson, 1984, 1986; Stuss & Levine, 2002).

Entre os instrumentos disponíveis para avaliação da inteligência, provavelmente os mais conhecidos e amplamente utilizados no Brasil sejam as Escalas Wechsler[1], consideradas "padrão-ouro" na avaliação de inteligência. Embora sejam conhecidas originalmente como um instrumento de avaliação da inteligência, os diferentes subtestes que compõem as escalas permitem uma compreensão ampla do funcionamento cognitivo, englobando habilidades relacionadas à percepção, à atenção (concentração e distração), à memória, ao pensamento, à linguagem, ao raciocínio, ao planejamento e à tomada de decisão. No entanto, uma das críticas relacionadas a esse instrumento é o tempo necessário para a aplicação dos diferentes subtestes. No caso da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC, Wechsler Intelligence Scale for Children), desenvolvida para crianças e adolescentes entre 6 e 16 anos, chegam a ser necessários dois ou três encontros de cerca de 50 minutos cada para a conclusão da testagem. De acordo com Figueiredo e Nascimento (2002), o tempo médio de aplicação gira em torno de 90 minutos. Esse aspecto pode gerar cansaço nos avaliados, influenciar seu desempenho e distorcer os resultados.

A adaptação, a validação e a normatização para o Brasil da Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI, Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence, Wechsler, 2014), desenvolvida por Trentini, Yates e Heck, a partir do trabalho de Wechsler, representa um avanço para a avaliação da inteligência na área clínica e de pesquisa. A utilização de quatro subtestes (Vocabulário, Semelhanças, Cubos e Raciocínio matricial) atende à demanda de uma medida de inteligência breve e confiável, útil em ambientes clínicos, psicoeducacionais e de pesquisa. Além disso, devido à rápida administração (aproximadamente 30 minutos), evita a fadiga do avaliado. Nesse sentido, a WASI representa uma economia crucial de tempo e custos nos contextos de pesquisa (p. ex., para estimar o nível intelectual de um determinado grupo) ou da clínica (p. ex., para aferir o *status* intelectual de um paciente), quando a avaliação da inteligência é secundária aos objetivos do estudo ou ao motivo do encaminhamento (Silverstein, 1990), e outros instrumentos avaliativos serão utilizados. Outra vantagem da WASI é a abrangência da idade em que o teste pode ser aplicado: dos 6 aos 89 anos de idade, uma ampla faixa do ciclo vital. Desse modo, as diferenças na inteligência ao longo do ciclo vital são contempladas. Outros testes e instrumentos para a avaliação da inteligência no ciclo vital serão estudados ao longo deste capítulo.

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA NAS DIFERENTES ETAPAS DO CICLO VITAL

A área da psicologia denominada psicologia do desenvolvimento abrange o conhecimento das mudanças que ocorrem ao longo do ciclo vital (ou ciclo de vida) de uma pessoa ou de um grupo. Mudanças significativas nas áreas do desenvolvimento físico, motor, neurológico, cognitivo, moral, social e afetivo são observadas com o passar do tempo e podem ser influenciadas por aspectos genéticos e ambientais diversos, como a cultura, o clima e a condição socioeconômica. A divisão em áreas do desenvolvimento é necessária para fins de estudo e organização do conhecimento. No entanto, o desenvolvimento ocorre em etapas sucessivas, de forma contínua ao longo do tempo, e pode ser observado em todas as áreas simultaneamente, embora existam períodos críticos de aprendizagem para diferentes habilidades. Assim, desenvolvemos nosso corpo ao mesmo tempo em que desenvolvemos nossas habilidades sociais, por exemplo, e todas as áreas do desenvolvimento estão inter-relacionadas e são influenciadas umas pelas outras (Bee & Boyd, 2011; Papalia, Feldman, & Martorell, 2013).

A avaliação da inteligência pode se tornar necessária em qualquer uma das etapas do desenvolvimento por motivos diferentes. Sabemos que as pessoas não buscam voluntariamente um(a) psicólogo(a) para fazer uma avaliação da inteligência. Essa demanda surge por alguma razão, por alguma pessoa próxima à que chega para a avaliação. Em crianças e adolescentes, a demanda pela avaliação da inteligência é mais frequente e surge da preocupação dos pais e/ou dos profissionais da educação e saúde que convivem com a criança ou o adolescente e que se preocupam com o seu desenvolvimento e aprendizado. Para esses profissionais, a demanda surge quando se observam desvios no desenvolvimento cognitivo ou intelectual; por exemplo, quando uma criança se desenvolve muito lentamente se comparada à média das crianças ou ao ritmo que é esperado para determinada idade. Uma preocupação também pode surgir quando uma criança se desenvolve muito mais rapidamente e com muita facilidade.

No senso comum, o qualificativo “inteligente” está mais relacionado com a capacidade de aprender. Por exemplo, quando dizemos que “Rafael é inteligente” para uma criança de 5 anos, a afirmação nos remete a habilidades diversas que podem estar relacionadas a montar um quebra-cabeças, saber desenhar ou escrever o nome e também às habilidades linguísticas que permitem que a criança dessa idade se comunique plenamente. Em alguns casos, as pessoas pensam na “inteligência” em termos de ter ou não ter: ou a pessoa é inteligente ou não é. No entanto, conforme mostram os estudos e revelam as avaliações de inteligência, trata-se de ser mais ou menos inteligente, de um espectro, de ter um nível de inteligência menor ou maior, conforme a seguinte classificação (Wechsler, 2014):

Extremamente baixa
limítrofe
média inferior
média
média superior
superior
muito superior

A avaliação da inteligência requer o conhecimento prévio das características da etapa do ciclo vital da pessoa avaliada e dos instrumentos disponíveis para a avaliação na respectiva faixa etária. Atualmente, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) dispõe de um Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi) (http://satepsi.cfp.org.br), que permite consultar os testes psicológicos de várias maneiras. Os testes com parecer favorável são aqueles que podem ser utilizados na avaliação psicológica, segundo os critérios da Comissão Consultiva para Avaliação Psicológica. Conforme informação disponibilizada no *site* do CFP (http://site.cfp.org.br/cfp/comissao-consultiva-em-avaliacao-psicologica/), essa comissão tem por função discutir e propor diretrizes, normas e resoluções no âmbito da avaliação psicológica, além de conduzir o processo de avaliação dos instrumentos psicológicos submetidos ao Satepsi. Para fins de pesquisa, testes não avaliados ou com parecer desfavorável podem ser utilizados, desde que aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O Quadro 2.1 contém todos os testes de inteligência com parecer favorável segundo o CFP.

QUADRO 2.1

Testes de inteligência e raciocínio com parecer favorável pela avaliação do CFP

Teste		Ano de Publicação	Autores
APM-Raven	Matrizes Progressivas Avançadas		J. Raven J. C. Raven J. H. Court
BETA-III	Teste Não Verbal de Inteligência Geral (Subtestes Raciocínio matricial e Códigos)	2011	Gisele Aparecida da Silva Alves Irene F. Almeida de Sá Leme Ivan Sant'Ana Rabelo Rodolfo Augusto Mateo Ambiel Sílvia Verônica Pacanaro
BFM-3	Bateria de Funções Mentais para Motorista – Teste de Raciocínio Lógico		
BPR-5	Bateria de Provas de Raciocínio Formas A e B	2000 2012	Leandro S. Almeida Ricardo Primi
BRD	Bateria de Raciocínio Diferencial	2003	Luiz Pasquali
B-SPG	Teste Gestáltico Visuomotor de Bender		Acacia Aparecida Angeli dos Santos Ana Paula Porto Noronha Fermino Fernandes Sisto
Colúmbia	Escala de Maturidade Mental		Bessie B. Burgemeister Lucille Holander Blum Irving Lorge
G-36	Teste Não Verbal de Inteligência	2002	Efraim Rojas Boccalandro
G-38	Teste Não Verbal de Inteligência	2010	Efraim Rojas Boccalandro

Raven	Matrizes Progressivas de Raven Escala Especial	1999	Irai Cristina Boccato Alves José Luciano Miranda Duarte Leonardo Angelini Walquíria Fonseca Duarte Eda Marconi Custódio
Raven	Matrizes Progressivas de Raven Escala Geral – Séries A, B, C, D e E	2001	Francisco Campos
Raven	Matrizes Avançadas de Raven	2011	Ricardo Primi Lucas Francisco de Carvalho Maria Márcia de Oliveira Nakano Alexandre Luiz de Oliveira Serpa
Raven	Matrizes Progressivas Avançadas de Raven	2015	Carlos Sancineto da Silva Nunes Maiana Farias Oliveira Nunes
R-1	Teste não verbal de inteligência	2002	Irai Cristina Boccato Alves
	Forma B – Teste Não Verbal de Inteligência	2002	Irai Cristina Boccato Alves
R-2	Teste não verbal de inteligência para crianças	2000	Helena Rinaldi Rosa Irai Cristina Boccato Alves
SON-R 2½-7[a]	Teste Não Verbal de Inteligência	2011	Girlene R. de Jesus Camila A. Karino Peter J. Tellegen Jacob A. Laros
TEI	Teste Equicultural de Inteligência	2002	Eugênia Moraes de Andrade Dulce de Godoy Alves
TCR	Teste Conciso de Raciocínio	2012	Francisco Fernandes Sisto
TIG-NV	Teste de Inteligência Geral – Não Verbal	2006	Silésia Maria Veneroso Delphino Tosi
TI	Teste de Inteligência	2011	Fabián Javier Marín Rueda Nelimar Ribeiro de Castro
TIV	Teste de Inteligência Verbal	2012	Fábio Camilo da Silva Luciano Franzim Neto
	Teste dos Cubos (para avaliação do raciocínio espacial)	2011	Fabián Javier Marín Rueda Monalisa Muniz
TNVRI	Teste Não Verbal de Raciocínio Infantil	2005	Gennaro Ieno Neto

TONI-3	Teste de Inteligência Não Verbal: uma medida de habilidade cognitiva independente da linguagem	2006	Ana Paula Noronha Acácia Santos Fermino Sisto
	Teste de Raciocínio Analógico-Dedutivo (adultos)	2003	Luiz Pasquali
	Teste de Raciocínio Inferencial	2006	
V-47	Teste Verbal de inteligência (V-47)	2003	Não se aplica
WAIS	Escala Wechsler de Inteligência para Adultos	2004	Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva Silésia Maria Veneroso Delphino Tosi Elizabeth do Nascimento
WASI	Escala Wechsler Abreviada de Inteligência	2011	Denise Balem Yates Vanessa Stumpf Heck Clarissa Marceli Trentini
WISC-III	Escala Wechsler de Inteligência para Crianças 3ª edição	2002	Vera Lúcia Marques Figueiredo
WISC-IV	Escala Wechsler de Inteligência para Crianças 4ª edição	2011	Nelimar Ribeiro de Castro Acácia Aparecida Angeli dos Santos Fabián Javier Marín Rueda Maria de Lourdes Duprat Teixeira da Silva Ana Paula Porto Noronha Fermino Fernandes Sisto

Fonte: Ampliada a partir do Satepsi do CFP. A pesquisa foi realizada em 6 de maio de 2017, utilizando os descritores: inteligência, raciocínio e Raven.

A seguir, veremos que existem particularidades na avaliação da inteligência de acordo com a idade, incluindo o objetivo da avaliação, a escolha do método de avaliação e dos instrumentos (testes, entrevistas, observações), o manejo do avaliado e a aplicabilidade e revelação dos resultados. Assim, a avaliação da inteligência, incluindo os instrumentos de avaliação, deve ser apropriada para as diferentes etapas do ciclo vital, considerando cuidadosamente as características e as habilidades esperadas para cada uma dessas etapas.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA AVALIAÇÃO EM BEBÊS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Alguns cuidados especiais são necessários na avaliação de crianças e adolescentes, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, revisado e atualizado em 2013 (Digiácomo & Digiácomo, 2013). Se a avaliação da inteligência ocorrer para fins de pesquisa, é necessário seguir as diretrizes das Resoluções nº 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trouxeram mudanças nos procedimentos inerentes à avaliação de crianças e adolescentes, não previstas na Resolução n.º 196/96. Para o caso de pesquisa, além do já conhecido Termo de Consentimento, é necessário o Termo de Assentimento, documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2012, 2016). A Resolução n.º 510/16 apresenta mais informações sobre a forma de obtenção do assentimento de crianças e adolescentes. No relato de experiência no final deste capítulo serão apresentados procedimentos utilizados com crianças pequenas, também chamadas de pré-escolares.

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EM BEBÊS – 0 A 2 ANOS[2]

Avaliar a inteligência em bebês já foi considerado impossível, uma vez que os bebês ainda não são capazes de se expressar verbalmente. No entanto, métodos de estudos que utilizam a observação e a análise do comportamento mostraram que o bebê apresenta sinais de inteligência muito cedo no curso do desenvolvimento. E, atualmente, conhecemos a importância da avaliação de problemas no desenvolvimento que podem ser sinais de psicopatologias graves, que podem ser tratadas logo que identificadas se detectadas precocemente. A avaliação da inteligência em bebês pode surgir nos contextos clínico, escolar ou hospitalar, solicitada pelos pais ou profissionais da saúde e da educação que cuidam do bebê.

O importante psicólogo suíço Jean Piaget (1947/2005, 1964/2003, 1967/2003, 1972/1983), reconhecido por desenvolver uma teoria sobre o desenvolvimento cognitivo, demonstrou que os bebês já têm um tipo de inteligência que ele denominou “inteligência prática”. Piaget notou que, desde muito cedo, as crianças são capazes de resolver problemas práticos para alcançar seus objetivos. Por exemplo, um bebê que tiver sua visão impedida por uma toalhinha colocada entre ele e seu objeto de interesse, um brinquedo, retira o objeto que impede sua visão para dar continuidade à atividade de ver. Essa habilidade se desenvolve quando ocorre o desenvolvimento da constância do objeto ou objeto permanente. Ou seja, a criança aprende que o objeto ou a pessoa ainda existe, mesmo que esteja fora do seu campo de visão. O vídeo desenvolvido pelas professoras Claudia Weyne Cruz e Lia Beatriz de Lucca Freitas (2007, outubro) mostra esse desenvolvimento de forma detalhada.

O bebê com desenvolvimento típico apresenta um crescimento notável nos aspectos físico, motor, neurológico, afetivo e cognitivo. Aprende a se comunicar por meio de diferentes tipos de vocalizações e choros. Aprende a rolar, ficar de joelhos, erguer-se com apoio e caminhar em torno de 1 ano, apresentando um rápido desenvolvimento motor. Em torno de 2 anos, controla os esfíncteres devido à maturação neurológica, mas pode aprender essa habilidade antes disso por meio do treinamento comportamental ou do treinamento de higiene. As primeiras palavras surgem em torno de 1 ano e comumente são substantivos relacionados à mãe e a outras pessoas próximas, à alimentação, aos brinquedos e aos animais de estimação: mamá, papá, nenê, au-au, “anana” (banana). A linguagem evolui para a fase de duas palavras em torno de 1 ano e meio de idade, quando a criança frequentemente combina um substantivo com um verbo: dá papá, nenê qué, titiu egô (titio chegou) (Tonietto, 2005, 2009).

Algumas escalas de desenvolvimento estão disponíveis para a avaliação de bebês. No entanto, são escalas que avaliam o desenvolvimento como um todo, e não somente a área cognitiva ou intelectual. Os artigos de Theuer e Camen (2003) e, mais recentemente, de Madaschi e Paula (2011) apresentam uma boa revisão do histórico de construção de instrumentos de avaliação da inteligência em crianças.

Segundo Madaschi e Paula (2011), o Teste de Denver foi desenvolvido por Frankenburg e Dodds, em 1967, e passou por uma revisão e repadronização em 1992, resultando no Teste Denver II. Pode ser aplicado por vários profissionais da área da saúde em crianças de 0 a 6 anos, classificando-as como “de risco” ou “normal”. O Denver II é composto por 125 itens e apresenta bons índices de validade e confiabilidade, sendo utilizado em larga escala, tanto em pesquisas quanto na prática clínica. Suas limitações são: oferece baixo valor diagnóstico e parece

insuficiente para avaliar mudanças qualitativas ao longo do tempo e detectar precocemente alterações sutis do desenvolvimento.

Segundo Pinto, Isotani, Sabetés e Perissinotto (2015), o Teste de Triagem de Denver II (Denver II), versão mais recente do Denver, é um teste altamente confiável, reconhecido mundialmente. Tem como principal objetivo detectar algum desvio/alteração de desenvolvimento, sendo utilizado no acompanhamento de todas as crianças, de risco ou não. O teste não fornece diagnóstico e leva em consideração o avanço da idade, avaliando quatro áreas do desenvolvimento: "motor amplo", "motor fino-adaptativo", "pessoal social" e "linguagem".

Ainda segundo Pinto e colaboradores (2015), o Denver II é recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria para o acompanhamento do desenvolvimento infantil. É um instrumento de integração da equipe multidisciplinar, na qual cada profissional pode atuar com sua visão específica. Para aplicá-lo, é necessário realizar um treinamento de capacitação de acordo com os pré-requisitos dos autores. Assim, apesar de não ter sido padronizado formalmente para a criança brasileira (está traduzido no idioma para fins de pesquisa), é um teste usado e reconhecido - internacionalmente, fazendo-se, portanto, necessário investigar a adequação dos itens e o padrão de resposta de cada país.

A Bayley Scale of Infant Development (Bayley III) foi desenvolvida a partir do estudo de Nancy Bayley, em 1953, quando foi publicada a primeira versão da escala Bayley. Em 1977, foi revisada surgindo então a segunda versão. Finalmente, em 2006, foi publicada a terceira e atual versão da Bayley, a Bayley III. Trata-se de uma avaliação padronizada das habilidades mentais, motoras e de linguagem de crianças de 15 a 42 meses. É composta de 326 itens, divididos em cinco subescalas: escala cognitiva, escala motora (motricidade fina e ampla) e escala de linguagem (expressiva e receptiva) (Madaschi & Paula, 2011).

A Bayley III está entre as melhores escalas existentes na área de avaliação do desenvolvimento infantil, sendo considerada como "padrão-ouro" por diversos autores, principalmente por abarcar uma avaliação bem completa e detalhada do desenvolvimento neuropsicomotor. Por isso, sua utilidade como instrumento de pesquisa tem recebido grande suporte da comunidade científica, tanto para avaliação da população geral quanto para avaliação de grupos de risco (p. ex., prematuros), assim como para a avaliação de transtornos específicos do desenvolvimento, como, por exemplo, o autismo. Um estudo de padronização da Bayley está em desenvolvimento no Brasil (Madaschi & Paula, 2011).

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES – 2 A 6 ANOS

Avaliar a inteligência em crianças pré-escolares também pode ser um desafio, já que a criança está em pleno desenvolvimento de suas habilidades cognitivas. No entanto, a dificuldade é menor do que na avaliação de bebês.

A criança pré-escolar com desenvolvimento típico, entre 2 e 5 anos, apresenta um rápido desenvolvimento em todas as áreas. Aprende a caminhar com agilidade, correr, pular, subir e descer escadas. No aspecto social, a criança passa da brincadeira solitária para as brincadeiras em grupos, quando ocorre o início do aprendizado das regras e dos limites, configurando o início do desenvolvimento moral. Nessa etapa, a criança demonstra seus sentimentos por meio de ações e palavras, ou seja, desenvolve a descentração e a habilidade de empatia – sentir o que o outro sente. Posteriormente, em torno de 4 anos, desenvolve a chamada "teoria da mente", sendo capaz de elaborar cognitivamente uma teoria sobre o que o outro sente e pensa e agir de acordo com essa crença (Bosa, 2001, 2002; Bosa & Callias, 2000; Sperb & Maluf, 2008). A linguagem se desenvolve rapidamente, passando pela fase da "explosão do vocabulário", em torno de 2 anos, quando a criança aprende muitas palavras em uma velocidade extraordinária. Aos 3 anos, são tagarelas e aprendem muitas palavras novas e combinações linguísticas, formando frases simples. Em torno de 4 a 5 anos, a criança é capaz de se comunicar plenamente. No entanto, o vocabulário se expande durante toda a vida da pessoa, salvo em situações de doença neurológica (Eysenck & Keane, 1994; Tonietto, 2005, 2009).

Até pouco tempo atrás, o instrumento mais próximo ao conceito de inteligência para essa faixa etária era a Escala de Maturidade Mental Colúmbia (EMMC ou CMMS, para Columbia Mental Maturity Scale). A escala fornece uma estimativa da capacidade de raciocínio geral de crianças (de 3 anos e 6 meses a 9 anos e 11 meses). Avalia, especialmente, capacidades que serão importantes para o sucesso na escola, principalmente as capacidades para discernir as relações entre os vários tipos de símbolos (Burgemeister, Blum, & Lorge, 2001). Segundo Tonietto (2009), a CMMS é uma medida de raciocínio geral, não verbal, expressa pela capacidade de reconhecer semelhanças e diferenças, de categorizar e de estabelecer analogias entre diferentes estímulos pictóricos. A CMMS é um instrumento de aplicação rápida e fácil (em torno de 20 minutos), tempo apropriado para manter a atenção concentrada das crianças. Mais informações sobre a CMMS serão foco do relato de experiência no final deste capítulo.

O SON-R 2½-7 foi recentemente normatizado e padronizado para crianças brasileiras (Laros, Jesus, & Karino, 2013). É um instrumento não verbal de avaliação da inteligência geral. Pode ser aplicado em crianças de 2 anos e meio a 7 anos e 11 meses, com desenvolvimento típico ou não, como crianças com distúrbios físicos, como surdez, ou com transtornos do desenvolvimento, como autismo e síndrome de Down. Pode ser aplicado nos contextos clínico, educacional, neuropsicológico e áreas correlatas.

De acordo com Laros, Jesus e Karino (2013), os testes SON (Snijders-Oomen Não verbal) devem seu nome à criadora do primeiro teste, doutora N. Snijders-Oomen. A autora desenvolveu, em 1943, uma bateria de testes que incluiu diversas tarefas não verbais relacionadas à habilidade espacial e ao raciocínio abstrato e concreto. A inteligência foi definida por Snijders-Oomen em termos do potencial para a aprendizagem. O objetivo do primeiro teste SON era oferecer uma alternativa para os testes não verbais de execução empregados naquela

época e possibilitar que funções como abstração, simbolismo e entendimento de situações comportamentais ficassem mais acessíveis para a avaliação não verbal. Na construção do primeiro teste SON, buscou-se diminuir a influência da escolaridade das crianças e das vivências familiares nos resultados do teste. Dessa forma, o primeiro teste SON buscou medir a inteligência fluida em vez da inteligência cristalizada.

Ainda conforme Laros, Jesus e Karino (2013), o SON-R 2½-7[a] é a versão abreviada do SON-R 2½-7, a última versão dos testes SON para crianças entre 2½ e 7 anos. Esse instrumento de origem holandesa, que foi normatizado e validado em vários países de Europa, consiste em seis subtestes, a saber: Categorias, Analogias, Situações, Histórias, Mosaicos e Padrões. A versão abreviada do teste composta pelos subtestes Categorias, Situações, Mosaicos e Padrões foi normatizada para o Brasil em 2008 e foi aprovada pelo CFP em 2012 como um teste psicológico em condições de uso profissional.

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EM CRIANÇAS ESCOLARES – 6 A 12 ANOS

A avaliação de inteligência em crianças escolares é, provavelmente, a maior demanda dentro das avaliações de inteligência ao longo do ciclo vital, seguida pela avaliação de adolescentes. As demandas geralmente são da escola, onde psicólogas ou orientadoras escolares identificam dificuldades relacionais ou no desempenho da criança e chamam os pais para comunicar e solicitar uma avaliação. Nessa etapa do desenvolvimento, a avaliação costuma ser mais tranquila do que em crianças menores, pois as crianças escolares já interagem com os adultos predominantemente por meio da linguagem, permitindo um acesso mais direto aos seus pensamentos e sentimentos.

A criança em fase escolar, em torno de 6 a 12 anos, continua se desenvolvendo nas diferentes áreas, mas há um foco no desenvolvimento cognitivo, que permite o aprendizado – aquisição de conhecimento – de forma sistematizada, tal como é praticado nos contextos escolares. Torna-se capaz de aprender a lógica matemática e linguística e amplia de forma significativa seu desenvolvimento social, estabelecendo laços de amizade sólidos o suficiente para perdurar, muitas vezes, durante toda a vida. As crianças dessa etapa também costumam desenvolver habilidades e interesses específicos, como dançar, jogar futebol, nadar, entre tantas outras possibilidades. Alguns teóricos ainda subdividem esse período, considerando como pré-adolescência o período compreendido entre os 9 e os 12 anos. Nesse período de transição, a criança em desenvolvimento ainda apresenta características típicas de criança, mas já modifica seus padrões de relacionamento e interesses. Uma menina nessa etapa autodenominou-se “pós-criança”, revelando sua necessidade de transpor as características das crianças.

O principal instrumento de avaliação da inteligência em crianças é a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, 4ª edição (WISC-IV, Wechsler Intelligence Scale for Children), padronizado para crianças brasileiras de 6 anos e 0 meses a 16 anos e 11 meses. Atende, portanto, à necessidade de avaliação da inteligência de crianças e adolescentes em fase escolar. É formado por 12 subtestes que permitem uma avaliação ampla do desenvolvimento da criança. É composto por 15 subtestes, sendo 10 principais e cinco suplementares, que, combinados, levam a quatro índices: Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptual, Índice de Memória Operacional e Índice de Velocidade de Processamento, além do QI Total.

O Desenho da Figura Humana (DFH), de Solange Muglia Wechsler, é um instrumento de avaliação cognitiva do desenvolvimento bastante conhecido que permite também avaliar aspectos emocionais do desenvolvimento. Pode ser utilizado em crianças com idade entre 5 e 12 anos, de forma individual ou coletiva.

O Desenho da Figura Humana III (DFH III) foi construído, validado e padronizado para crianças brasileiras (Wechsler, Prado, Oliveira, & Mazzarino, 2011). É uma das medidas mais utilizadas internacionalmente para avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil e também educacional. Tal fato decorre de ser essa uma medida não verbal, bastante conhecida no cotidiano de qualquer criança, e de simples aplicação, requerendo apenas que seja desenhada uma figura masculina e outra feminina.

Segundo os autores, sendo a figura humana um tipo de desenho realizado espontaneamente pelas crianças de diferentes culturas, traz uma série de vantagens sobre outras medidas de desenvolvimento cognitivo, principalmente quando se trata de crianças com deficiências de

linguagem. Assim, o DFH III pode ser um importante auxiliar no diagnóstico de crianças com dificuldades de aprendizagem, déficits de atenção ou outras dificuldades relacionadas ao desenvolvimento.

Com base nas conclusões de vários anos de pesquisa brasileira sobre esse sistema de correção do DFH, pode-se recomendá-lo como válido e confiável para a avaliação conceitual infantil e pode ser utilizado junto com outros instrumentos psicológicos, a fim de melhor compreender o funcionamento mental da criança.

O DFH-Escala Sisto (Sisto, 2005) é indicado para avaliar a inteligência de crianças pequenas, de 5 a 10 anos (abrangendo ainda crianças pré-escolares, além daquelas nos primeiros anos do ensino fundamental), ou com diminuição da capacidade auditiva ou deficiências neurológicas, não alfabetizadas ou que não falam a língua do examinador. O DFH-Escala Sisto é uma medida de inteligência que se relaciona com o fator *g*, operatoriedade e aprendizagem escolar.

A operatoriedade é um dos conceitos descritos por Piaget, na sua perspectiva de desenvolvimento cognitivo em crianças. O teste é capaz de fornecer uma medida bem razoável da localização da criança em relação a outras, mais novas e mais velhas. A seguir, uma vinheta clínica ilustra uma avaliação de inteligência de uma criança de 9 anos, com dificuldades de adaptação à escola.

VINHETA CLÍNICA

Os pais de Roberto (nome fictício), de 9 anos, estudante do 3º ano do ensino fundamental de escola privada, solicitaram avaliação após Roberto ter sido diagnosticado previamente com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e ter sido encaminhado para um psiquiatra para definir a medicação. Minha avaliação, que chamo de avaliação sociocognitiva, consistiu em uma entrevista com o casal de pais, quatro encontros com a criança e dois encontros com a coordenadora e com a professora na escola. A entrevista com o casal de pais foi focada na investigação da história da criança, suas dificuldades e habilidades. Os pais relataram que o filho não copiava as tarefas escolares e buscava chamar a atenção dos colegas, embora tivesse ótimo desempenho escolar. Para a avaliação dos aspectos cognitivos, foi utilizado o DFH-Escala Sisto e, especificamente para a avaliação da inteligência, foi aplicada a WISC-III. Hoje, já está disponível a WISC-IV e, alternativamente, a WASI. Para a avaliação dos aspectos afetivos, foi utilizado o desenho livre, entrevista e observação. A professora respondeu a Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Versão para Professores. As habilidades cognitivas avaliadas foram muito superiores às esperadas para a idade cronológica. Os resultados da avaliação foram reveladores:

- Avaliação dos aspectos sociocognitivos DFH – Escala Sisto
  - 21 pontos, percentil 92 e quartil 90, Superior
- WISC-III – Avaliação da Inteligência
  - Escala verbal: 92 pontos, QI 153, percentil > 99,9 – Muito superior
  - Escala de execução: 79 pontos, QI 141, percentil 99,7 – Muito superior
  - Escala total: 171 pontos, QI 141, percentil > 99,9 – Muito superior
- Escala de TDAH (Benczick, 2000)
  - Déficit de atenção: 81 pontos, percentil 98
  - Problemas de aprendizagem: 62 pontos, percentil 95
  - Ambos indicativos de TDAH
  - Hiperatividade/impulsividade: 53 pontos, percentil 90
  - Comportamento antissocial: 24 pontos, percentil 90
  - Ambos acima da expectativa para hiperatividade/impulsividade

No que se refere à avaliação da inteligência, Roberto apresentou uma inteligência classificada como muito superior e foi identificado como uma criança com altas habilidades (AH). A facilidade para o aprendizado, consequência de sua inteligência superior, gerou desinteresse pelos conteúdos ministrados no seu ano escolar, dispersão, problemas de concentração, agitação, além do afastamento da criança de seus pares, dificultando a interação social, pois ele se sentia diferente dos colegas, que demoravam muito para fazer as atividades e as provas, e ele tinha de ficar esperando. A orientação aos pais e à escola incluiu a necessidade de acompanhamento do desenvolvimento sociocognitivo e social, propostas de atividades mais avançadas e adequadas aos interesses e às habilidades da criança, além de monitoria junto aos colegas como forma de canalizar suas potencialidades. Os pais, muito envolvidos com o desenvolvimento dos filhos (tinham uma filha de 6 anos, além do Roberto, de 9), questionaram sobre as opções de escolas com possibilidades de acolher mais apropriadamente as demandas de Roberto. Foi indicado o Colégio Militar, que possui alto nível de exigência e atividades complementares apropriadas para crianças com altas habilidades. Algum tempo depois, Roberto estudou e foi aprovado no Colégio Militar de Porto Alegre (CMPA). Atualmente com 14 anos, cursa o 7º ano e está muito bem adaptado, apresentando ótimo desempenho. Além das atividades em sala de aula, Roberto aprende esgrima e xadrez. Além disso, faz orientação, que é um momento de atendimento individual para direcionar o estudante para aspectos do aprendizado que é preciso reforçar. Já praticou karatê, mas interrompeu por incompatibilidade de horários. Participa, no momento, de um projeto de desenvolvimento físico desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que inclui musculação e corrida, para posteriormente treinar para o pentatlo, modalidade constituída por cinco provas. A irmã de Roberto atualmente estuda para ingressar no Colégio Militar. Os pais hoje estão tranquilos, observando o desenvolvimento de Roberto e a sua satisfação com a escola e as atividades que desenvolve. Esse caso revela uma realidade que pode surgir na prática psicológica de consultório. Nesse caso, houve um erro de diagnóstico de um profissional de outra especialidade. O diagnóstico de TDAH é muito comum e fácil de ser fechado em uma avaliação mais superficial. Os testes psicológicos para avaliação da inteligência disponíveis hoje se revelam eficazes na avaliação do nível de inteligência, que pode ser parte integrante de uma avaliação. Altas habilidades (AH) não são um diagnóstico, mas, sim, uma condição especial que requer identificação e acompanhamento próprios. Em geral, crianças com AH têm uma área altamente desenvolvida que se sobressai sobre os demais aspectos. Essa disparidade pode gerar inúmeras dificuldades adaptativas no âmbito familiar e social, o que levou tal condição a ser considerada também como “necessidade especial” (Fleith & Alencar, 2007; Freitas, 2006). A Lei n.º 13.234, de 29 de dezembro de 2015 (Lei n.º 13.234, 2015), alterou a Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para dispor sobre a identificação, o cadastramento e o atendimento, na educação básica e na educação superior, de alunos com altas habilidades ou superdotação. Essa mudança na legislação revela uma adequação às alterações conceituais e práticas das áreas envolvidas no atendimento de crianças com AH, garantindo que elas tenham o direito de desenvolver suas habilidades em espaços que permitam seu desenvolvimento pleno.

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EM ADOLESCENTES – 12 A 18 ANOS

A avaliação da inteligência em adolescentes, da mesma forma que em crianças em idade escolar, surge geralmente de pais preocupados com seu desempenho escolar ou profissionais da saúde e educação com os quais o adolescente convive na escola e em outras atividades que desenvolve. Não raramente, a demanda revela mais do que uma preocupação com o desempenho cognitivo, mas uma preocupação mais geral, que surge das grandes modificações físicas, sociais e na estrutura do pensamento do adolescente.

Durante a chamada adolescência, formalmente compreendida entre os 12 e 18 anos, enormes transformações são observadas nas diferentes áreas do desenvolvimento. Além do marcante desenvolvimento físico, os adolescentes reorganizam suas amizades e frequentemente formam grupos, muitas vezes chamados de turmas, tribos ou gangues, com padrões específicos de comportamento. A partir dos 15 anos, aproximadamente, costuma surgir a preocupação de encontrar um parceiro romântico e um rumo profissional, ou seja, surgem preocupações existenciais: com quem ficar? O que fazer? O que quero ser? Do ponto de vista cognitivo, são capazes de compreender conceitos abstratos e desenvolver a lógica hipotético-dedutiva: “se x, então y” (Bee & Boyd, 2011; Papalia, Feldman, & Martorell, 2013; Piaget, 1964/2003).

Como instrumento de avaliação da inteligência para adolescentes de até 16 anos e 11 meses, a primeira escolha é a WISC-IV, por motivos já descritos neste capítulo. Os resultados permitem uma avaliação cognitiva global do adolescente. Para adolescentes a partir de 17 anos, indica-se a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS-III, Wechsler Adult Intelligence Scale), de Wechsler (2004), adaptada para a população brasileira por Nascimento, em 2004. A WAIS é um dos mais importantes testes para avaliação clínica de capacidade intelectual de adultos na faixa etária entre 16 e 89 anos. É composto por 14 subtestes, que permitem uma avaliação cognitiva ampla. Alternativamente, para uma avaliação mais rápida, pode-se utilizar a WASI, uma vez que os adolescentes podem ser, muitas vezes, inquietos e irritados, já que a avaliação costuma ser uma iniciativa dos pais ou um pedido da escola.

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA DOS 2 AOS 12 ANOS SEGUNDO JEAN PIAGET

Outra possibilidade de avaliação da inteligência em crianças a partir de 2 até 12 anos, aproximadamente, são as provas piagetianas, um conjunto de materiais que permitem a avaliação de vários aspectos cognitivos. Durante suas observações e a prática clínica com as crianças, Piaget desenvolveu o que chamou de "método clínico", que consiste em apresentar à criança vários desafios ou provas práticas que revelam sua noção de tempo e espaço, de ilusão e realidade, habilidades matemáticas, constância do objeto, reversibilidade, raciocínio hipotético dedutivo, abstração, entre outros aspectos (Delval, 2002).

Em cada estágio do desenvolvimento cognitivo (sensório-motor, pré-operatório e operatório formal), a compreensão da criança sobre o mundo e sobre os problemas é diferente e própria do estágio. A avaliação das habilidades da criança ou do adolescente e do estágio do desenvolvimento cognitivo em que se encontra é determinada a partir do tipo de resposta da criança aos desafios ou às provas.

Piaget também propôs uma teoria sobre o desenvolvimento moral, em etapas, iniciando com a anomia (ausência de moralidade), passando para a heteronomia (quando a criança utiliza a moral dos outros, pais ou professores) e chegando à autonomia moral (quando a criança compreende e respeita leis, regras e normas, mas pode discordar das regras e até mesmo criar as suas próprias) (Freitas, 1999; Piaget, 1932/1964).

A avaliação do estágio do desenvolvimento moral em que a criança se encontra é realizada por meio da compreensão de histórias que contêm dilemas éticos e do tipo de solução que a criança ou o adolescente encontra para as situações-problema apresentadas. Por exemplo, quem é mais culpado? O menino que quebrou 10 copos sem querer ou o menino que quebrou um copo de propósito? Até a fase pré-escolar (períodos sensório-motor e pré-operatório – de 0 a 6 anos), as crianças geralmente consideram mais culpado o menino que quebrou mais copos, deixando de prestar atenção na *intenção* de quebrar. Por outro lado, crianças a partir do período das operações concretas (a partir dos 6 anos) consideram pior a intenção do menino de quebrar e não a quantidade de copos.

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EM ADULTOS – 18 A 60 ANOS

A demanda de avaliação da inteligência em adultos pode surgir por alterações no padrão anterior, por demanda do próprio adulto ou sua família. Além disso, no contexto de concursos públicos, algumas instituições incluem testes de inteligência na etapa de avaliação psicológica, embora seja mais comum o uso de testes de personalidade, como o Palográfico, que é apresentado no Capítulo 17.4 deste livro.

A fase adulta, ou adultez, inicia formalmente aos 18-20 anos e se prolonga até os 65 anos, sendo comumente subdividida pelos teóricos em adulto jovem, até aproximadamente 40 anos, e adulto maduro, dos 40 aos 60-65 anos. Papalia, Feldman e Martorell (2013) denominam "idade adulta avançada" o período de vida após os 65 anos, mais conhecido como velhice ou "terceira idade". No adulto jovem, ocorre o ápice do desenvolvimento físico, neurológico e cognitivo. Em geral, ocorre a escolha de um parceiro romântico estável e a escolha de uma profissão, com a continuidade dos estudos técnico, tecnológico e universitário ou a prática profissional. A partir dos 40 anos, período que caracteriza o adulto maduro, frequentemente se inicia um declínio das funções psicológicas, que podem acarretar certa dificuldade no desempenho das atividades. No entanto, muitos estudos mostram que a continuidade das atividades sociais e profissionais protege contra esse declínio.

Nessa etapa da vida, frequentemente ocorre um questionamento sobre os objetivos de vida que foram ou não alcançados, envolvendo as relações afetivas, a família e a carreira profissional. Em muitos casos, o adulto passa por perdas que incluem crise conjugal, separação e/ou divórcio, perda do emprego, perda dos pais ou algum familiar próximo, dos filhos, que geralmente passam a morar com seus parceiros, amigos ou sozinhos. Esse esvaziamento do lar, quando os filhos saem de casa, é conhecido como "síndrome do ninho vazio". No final dessa fase, muitas vezes ocorre também a redução das atividades profissionais e a preparação para a aposentadoria.

As opções de testes de inteligência nessa etapa do ciclo vital são as já listadas no Quadro 2.1, e a escolha do instrumento depende da origem da demanda da avaliação. Em casos de adultos que sofreram traumas ou acidentes cerebrais, pode ser indicada uma avaliação neuropsicológica.

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EM IDOSOS – A PARTIR DOS 60 ANOS

A senescência, ou velhice, chamada popularmente de "terceira idade", última etapa do ciclo vital, inicia formalmente aos 65 anos (Papalia, Feldman, & Martorell, 2013). Nessa fase, fica mais evidente o declínio do desenvolvimento nas diferentes áreas. Por isso, o idoso frequentemente requer cuidados especiais. São frequentes as doenças do envelhecimento, sobretudo problemas nos sistemas cardiovascular, respiratório e vascular. Além disso, são comuns as doenças neurológicas, principalmente demências, que podem acelerar o declínio das funções cognitivas. Para muitos idosos, essa etapa é esperada como um período de descanso e lazer. No entanto, muitas vezes os idosos que são avós assumem os cuidados parciais ou totais dos netos, incluindo, algumas vezes, o seu sustento. A participação dos avós na criação dos netos é mais frequente na atualidade, quando as mães trabalham fora. Alguns idosos, entretanto, permanecem mais solitários e sofrem com essa condição. Com a proximidade do final da vida, seja por doenças ou por envelhecimento saudável, pode ocorrer certa nostalgia, até melancolia, ou ainda tranquilidade por ter alcançado seus objetivos de vida.

A demanda de avaliação da inteligência de idosos costuma ser resultado de alguma perda ou disfunção cognitiva, ou seja, perda de memória, dificuldades de organização da rotina e necessidade de acompanhamento de outros adultos, familiares e cuidadores, dos quais o idoso pode se tornar dependente. Não raramente, a demanda surge devido a doenças ou traumas que comprometem o funcionamento mental do idoso (Rozestraten, 2002).

As opções de testes de inteligência para adultos e idosos estão listadas no Quadro 2.1. Segundo Argimon, Irigaray e Zibetti (2016), a avaliação das habilidades cognitivas específicas pode ser realizada por meio de testes psicológicos que apresentam dados normativos para a população idosa. Para a memória, temos o Teste Pictórico de Memória (TEPIC), de Rueda e Sisto (2007), o Teste Memória Visual de Rostos (MVR), de Leme, Rossetti, Pacanaro e Rabelo, em 2011, e o Teste das Figuras Complexas de Rey, adaptado por Oliveira e Rigoni em 2010, que, além de avaliar a percepção, mede a memória visual. Para a avaliação da atenção e das funções executivas, existem o Teste das Trilhas Coloridas, adaptado por Rabelo, Pacanaro, Rossetti e Sá Leme, em 2010, e o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas, adaptado por Trentini, Argimon, Oliveira e Werlang em 2010 (Argimon et al., 2016). Para a avaliação geral de inteligência e de seus subprocessos, temos a WAIS-III, adaptada por Nascimento, em 2004, a WASI (Wechsler, 2004) e o teste das Matrizes Progressivas de Rave, adaptado por Bandeira, Alves, Giacomel e Lorenzatto, em 2004. A avaliação desse grupo etário deve ser muito cuidadosa e comumente requer a interação com outros profissionais de saúde que convivem com o idoso, caso ele apresente problemas físicos ou doenças do envelhecimento. Além disso, os idosos fazem parte do conjunto de grupos vulneráveis, ou seja, que apresentam menos condições de se expressar e verbalizar seus pensamentos e sentimentos. Nesse caso, a interação do profissional de psicologia com a família do idoso é fundamental, pois, além de ter informações importantes sobre a saúde do idoso, a família pode necessitar de uma rede de apoio, que o(a) psicólogo(a) pode auxiliar a construir, visando sempre ao maior bem-estar do idoso e de sua família.

Até aqui foram analisados os principais instrumentos de avaliação psicológica por etapas do ciclo vital. No entanto, é importante observar que este capítulo não tem a intenção de esgotar todas as possibilidades de instrumentos disponíveis, mas, sim, apresentar aqueles que têm se

destacado nos contextos clínico e de pesquisa. A seguir, um relato de experiência demonstra algumas práticas que podem facilitar a avaliação de bebês e crianças na fase pré-escolar.

Relato de experiência: operacionalização da avaliação da inteligência em crianças pré-escolares

Este relato foi escrito por sugestão de professores que consideraram eficaz minha forma de pesquisar com crianças pequenas, além de desconhecerem estudos relatando o manejo de crianças pequenas em contexto de pesquisa. Entre 2004 e 2009, realizei meus estudos de mestrado e doutorado (Tonietto, 2005, 2009) e desenvolvi pesquisas com crianças de 2 a 6 anos de idade. Ao ser questionada se aceitaria fazer pesquisa em crianças bem pequenas, a partir de 2 anos, aceitei imediatamente, pois me sentia preparada. Tive experiência clínica com bebês, crianças e adolescentes durante meu estágio em psicologia clínica, realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na Unidade de Oncologia pediátrica, atendendo a crianças de todas as idades, adolescentes e seus pais em consultório e no leito. Outras experiências profissionais com crianças incluíam um estágio em psicologia escolar, o trabalho como psicóloga escolar em um colégio privado e atendimento clínico de crianças em consultório.

Meu planejamento de pesquisa incluiu um primeiro contato com os pais das crianças, em reunião de início de semestre, junto com as diretoras ou coordenadoras pedagógicas das escolas. Nesse momento, os pais receberam informações sobre a pesquisa e visualizaram um dos instrumentos a ser utilizado. No final da reunião, os pais receberam um envelope contendo uma ficha de dados sociodemográficos e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha informações e orientações sobre a pesquisa. Todos aceitaram participar. Foi planejado um contato inicial com as crianças, chamado “período de familiarização”, de aproximadamente 15 dias, junto às crianças das quatro escolas selecionadas por conveniência para o estudo, acompanhando a rotina da pré-escola. Na prática, esse período se mostrou desnecessário, pois, ao participar no primeiro dia das atividades, a professora da primeira turma da primeira escola que investiguei notou que as crianças já estavam muito tranquilas com minha presença e curiosas para saber o que eu iria fazer. Ao contar que havia trazido alguns filmes curtos de ações aos quais elas assistiriam no meu *notebook* e depois teriam de contar a história do filme, as crianças se mostraram muito curiosas e entusiasmadas, havendo até quase uma disputa para definir quem iria primeiro.

Foi nesse momento, já de posse dos Termos de Consentimento assinados pelos pais, que percebi que ainda faltava alguma coisa. Sim, as crianças queriam participar, mas talvez algumas ficassem entusiasmadas porque os colegas ficaram e não porque elas queriam participar realmente. Então, segui um procedimento que incluía perguntar para a criança, antes de sair da sala de aula se ela queria assistir aos filmes naquele momento e ajudar nessa “tarefa da minha escola”. Então, se positivo, seguíamos para a sala de aplicação disponibilizada pela escola. Ao chegar à sala e sentar em frente ao *notebook*, em cadeiras infantis e mesa apropriada para a idade, eu perguntava novamente à criança. “Então, vamos assistir a esses filmes e, no final de cada um, você me conta o que aconteceu, tudo bem?”. Procurei, assim, estabelecer um procedimento que resguardasse a vontade da criança de participar ou não das atividades propostas, apesar de já consentido pelos pais. Entre as 80 crianças que avaliei em quatro escolas de educação infantil, apenas uma delas inicialmente não queria participar, mas mudou de ideia mais tarde e participou do estudo. Esse período de pesquisa junto às escolas foi muito prazeroso e frutífero.

Durante meu doutorado, dei continuidade a essa pesquisa, fazendo um estudo transversal-sequencial com as mesmas crianças, utilizando o mesmo instrumento e outros adicionais. Minhas

pesquisas na área de cognição e linguagem com crianças pequenas durante o doutorado incluiu a aplicação de uma Tarefa de Nomeação de Ações, uma medida de linguagem denominada Extensão Média da Emissão ou Frase (MLU, *Mean Length Utterance*), e a CMMS, que avalia a habilidade da criança de comparar diferenças e semelhanças e estabelecer categorias conceituais, uma habilidade relacionada à inteligência. As habilidades avaliadas na CMMS estão bastante próximas das avaliadas no subteste Semelhanças, que integra o WISC-IV e a WASI.

Os resultados detalhados desses estudos podem ser observados em Tonietto (2005, 2009). No que se refere à CMMS como medida de inteligência, constatei que existe uma expressiva variação nos escores Resultados Padrão de Idade (RPI) entre as crianças na faixa etária de 4 a 6 anos. Esse resultado demonstrou que a CMMS é uma medida importante para avaliar a inteligência das crianças sob alguns aspectos, como a capacidade de estabelecer categorias conceituais, analisar semelhanças e diferenças e chegar a uma solução a partir da análise visual de elementos gráficos. No entanto, ela não se mostrou útil para diferenciar faixas etárias próximas, como as da nossa pesquisa. E isso se justifica pela grande variabilidade encontrada em diversas variáveis do desenvolvimento físico, motor, cognitivo, social e moral em crianças. Assim, a CMMS é um teste mais eficaz para o contexto de avaliação individual, associada com outras medidas que possibilitem uma avaliação mais global das condições intelectuais de uma criança em especial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto de avaliação psicológica da inteligência, é fundamental o conhecimento sobre as diferentes etapas do ciclo vital, suas características e peculiaridades. Diferentemente da avaliação psicológica (global), a avaliação da inteligência pode mobilizar muito mais as pessoas porque se trata de um aspecto que envolve a autoestima, ou seja, ninguém gosta de ter escores baixos em testes de inteligência. Provavelmente, todos preferem ter escores altos, e a avaliação coloca em risco essa possibilidade.

Assim, mais do que destacar fragilidades e deficiências, a avaliação da inteligência deve apontar possíveis razões dessa condição e caminhos para o desenvolvimento pleno da pessoa dentro de suas possibilidades. No caso clínico descrito neste capítulo, ao identificar um menino com altas habilidades, foi preciso também orientar a família e a escola sobre as condições mínimas e necessárias para promover espaços de bem-estar para a criança e realizar o acompanhamento psicológico e psicopedagógico necessário. Esse foi um caso clínico com final feliz: uma criança com inteligência muito superior, desenvolvendo suas habilidades em uma escola com ensino tradicionalmente “forte”, como é o Colégio Militar de Porto Alegre. No entanto, será necessário sempre focar na aplicabilidade da inteligência. Algumas pessoas concluem, erroneamente, que basta ser inteligente para ter sucesso na vida. A realidade mostra que a inteligência precisa ser desenvolvida ou direcionada para uma prática profissional específica, o que nem sempre é fácil para as famílias, pois encontramos crianças com altas habilidades em diferentes níveis socioeconômicos. Algumas cidades, principalmente capitais, têm boas alternativas em escolas com potencial para trabalhar com crianças muito inteligentes com baixo custo. No entanto, as opções são poucas e nossa estrutura educacional tem muito a evoluir no sentido de conhecer as diferenças nas habilidades das crianças, identificar deficiências ou potencialidades e realizar atividades que contribuam para o desenvolvimento pleno das crianças.

Concluindo, o(a) psicólogo(a) tem um campo de trabalho muito promissor na avaliação da inteligência de crianças e também nas intervenções junto às crianças, às famílias, aos profissionais da educação e à saúde, que carecem de informações e reestruturação de suas práticas para desenvolver crianças diferentes, com ou sem deficiências, mas com grandes diferenças no desenvolvimento físico, neurológico, motor, cognitivo, social, moral e afetivo. No contexto de adultos e idosos, nunca houve tanta demanda por avaliações, pois os saudáveis querem conhecer e utilizar estratégias para evitar o envelhecimento do corpo e da mente; e os doentes querem (ou sua família quer) investir o máximo possível na reabilitação cognitiva. Portanto, as pesquisas sobre inteligência e a avaliação da inteligência continuam sendo uma importante área de atuação do psicólogo, que pode intervir nos diferentes contextos de educação e saúde e nas pesquisas relacionadas à inteligência.

REFERÊNCIAS

Argimon, I. I. de Lima, Irigaray, T. Q., & Zibetti, M. R. (2016). Psicodiagnóstico de Idosos. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & M. R. Zibetti. *Psicodiagnóstico* (Coleção Avaliação psicológica). Porto Alegre: Artmed.

Bandeira, D. R., Alves, I. C. B., Giacomel, A. E., & Lorenzatto, L. (2004). Matrizes progressivas coloridas de Raven — escala especial: normas para Porto Alegre. *Psicol. estud. 8*(3), pp.479-486.

Benczik, E. B. P. (2000). *Escala de Transtorno do Déficit de Atenção / Hiperatividade – TDAH*. Porto Alegre: Casa do Psicólogo.

Bee, H., & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento*. (12. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bosa, C. (2001). As relações entre autismo, comportamento social e função executiva. *Psicologia Reflexão e Crítica, 14*(2), 281-287.

Bosa, C. (2002). Autismo: Atuais interpretações para antigas observações. In C. R. Baptista, & C. Bosa (Orgs.), *Autismo e Educação* (pp. 21-39). Porto Alegre: Artmed.

Bosa, C., & Callias, M. (2000). Autismo: Breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *13*(1), pp. 167-177.

Burgemeister, B. B., Blum, L. H., & Lorge, I. (2001). *Escala de Maturidade Mental Colúmbia: Manual para aplicação e interpretação*. Columbia Mental Maturity Scale (3a ed.). (H. da C. M. Faria, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brasil. (1990). *Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.* Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1990.

Brasil. (2015). *Lei n. 13.234, de 29 de dezembro de 2015.* Altera a Lei no. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, para dispor sobre a identificação, o cadastramento e o atendimento, na educação básica e na educação superior, de alunos com altas habilidades ou superdotação. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13234.htm

Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2012). *Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012.* Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2016). *Resolução 510/16, de 7 de abril de 2016.* Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

Cruz, C. W., & Freitas, L. B. de L. (2007, outubro). *A Construção da inteligência na primeira infância: o desenvolvimento da noção de objeto. Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, Porto Alegre,RS, 15. (Vídeo apresentado na mostra competitiva do XXV Congresso de Brasileiro de Psiquiatria)

Delval, J. (2002). *Introdução à prática do método clínico: descobrindo o pensamento das crianças.* Porto Alegre: Artmed.

Digiácomo, M. J., & Digiácomo, I. A. (2013) *Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado*. (6a ed.). Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio

Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente.

Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (1994). *Psicologia cognitiva: Um manual introdutório.* (W. Gesser, & M. H. F. Gesser, Trads.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra originalmente publicada em 1990)

Fleith, D. de S., & Alencar, E. M. L. S. de (2007). *Desenvolvimento de talentos e altas habilidades: orientação a pais e professores.* Porto Alegre: Artmed.

Figueiredo, V. L. M. de, & Nascimento, E. do (2007). Desempenhos nas duas tarefas do subteste dígitos da WISC-III e da WAIS-III. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *23*(3), 313-318.

Freitas, L. B. de L. (1999). Do mundo amoral à possibilidade de ação moral. *Psicologia:Reflexão e Crítica*, *12*(2), 447-458.

Freitas, S. N. (Org). (2006). *Educação e Altas Habilidades/Superdotação: a ousadia de rever conceitos e práticas*. Santa Maria: UFSM.

Fuster, J. M. (2002). Frontal lobe and cognitive development. *Journal of Neurocytology, 31*(3-5), 373-385.

Fuster, J. M. (2004). Upper processing stages of the perception-action cycle. *Trends in Cognitive Sciences*, *8*(4), 143-145.

Laros, J. A., Jesus, G. R. de, & Karino, C. A. (2013). Validação brasileira do teste não-verbal de inteligência SON-R 2½-7[a]. *Avaliação Psicológica*, *12*(2), 233-242. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000200014&lng=pt&tlng=pt

Madaschi, V., & Paula, C. S. (2011). Medidas de avaliação do desenvolvimento infantil: uma revisão da literatura nos últimos cinco anos. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, *11*(1), 52-56.

Matlin, M. W. (2004). *Psicologia Cognitiva* (5. ed.) (S. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: LTC. (Obra originalmente publicada em 2003)

Papalia, D. E., Feldman, R, D., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento humano*. (12a ed.). Porto Alegre: AMGH.

Pasquali, L. (2002) Inteligência: Um conceito equívoco. In Primi, R. (Org.). *Temas em avaliação psicológica* (pp.56-60). Campinas: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.

Piaget, J. (1983). *Problemas de psicologia genética*. Lisboa, Portugal: Dom Quixote. (Obra originalmente publicada em 1972).

Piaget, J. (1964). *O juízo moral na criança.* (4a ed.). São Paulo: Summus. (Obra originalmente publicada em 1932).

Piaget, J. (2003). *A construção do real na criança*. (3a ed.). São Paulo: Ática, 2003. (Obra originalmente publicada em 1967).

Piaget, J. (2003). Seis estudos de Psicologia. (24a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra originalmente publicada em 1964).

Piaget, J. (2005). *A representação do mundo na criança*. (2a ed.) São Paulo: Ideias & Letras. (Obra originalmente publicada em 1947).

Pinto, F. C. de A., Pinto, Isotani, S. M., Sabatés, A. L., & Perissinoto, J. (2015). Denver II: comportamentos propostos comparados aos de crianças paulistanas. *Rev. CEFAC, 17*(4),1262-1269.

Primi, R. (2006). O estudo da inteligência: métodos e concepções. In A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos, & F. F. Sisto (Orgs.), *Facetas do Fazer em Avaliação Psicológica* (pp.191-224). São Paulo: Vetor.

Rozestraten, R. J. A. (2002). Evolução inicial dos estudos da inteligência do idoso: mitos e fatos. *Paidéia*, *12*(23), 149-162.

Segabinazi, J. D., & Zamo, R. de. S. (2016). Psicodiagnóstico e Inteligência. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & M. R. Zibetti. *Psicodiagnóstico.* (Coleção Avaliação psicológica). Porto Alegre: Artmed.

Sisto, F. F. (2005). *Desenho da Figura Humana – DFH – Escala Sisto*. Porto Alegre: Vetor.

Silverstein, A. B. (1990). Short forms of individual intelligence tests. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(1), 3-11.

Sperb, T. M., & Maluf, M. R. (Orgs.). (2008). *Desenvolvimento sociocognitivo: Estudos brasileiros sobre "teoria da mente"*. São Paulo: Vetor.

Sternberg, R. J., Forsythe, G. B., Hedlund, J., Horvath, J. A., Wagner, R. K., Williams, W. M., ... & Grigorenko, E. (2000). *Practical Intelligence in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University.

Stuss, D. T., & Benson, D. F (1984). Neuropsychological studies of the frontal lobes. *Psychological Bulletin, 95*(1), 3-28.

Stuss, D. T., & Benson, D. F (1986). *The frontal lobes*. New York: Raven Press.

Stuss, D. T., & Levine, B. (2002). Adult clinical neuropsychology: Lessons from studies of the frontal lobes. *Annual Review of Psychology, 53*, 401-433.

Tonietto, L. (2005). *Metáfora e analogia no processo de formação de conceitos: Um estudo sobre aproximações semânticas verbais em crianças pré-escolares.* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Tonietto, L. (2009). D*esenvolvimento da convencionalidade e especificidade na aquisição de verbos: relações com complexidade sintática e categorização*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Tonietto, L., Wagner, G. P., Trentini, C. M., Sperb, T. M., & Parente, M. A. de M. P. (2011). Interfaces entre funções executivas, linguagem e intencionalidade. *Paidéia*, *21*(49), pp. 247-255.

Wechsler, D. (2004). *Escala de inteligência Wechsler para adultos – WAIS: manual*. (E. do Nascimento, adapt.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2014). *Escala Wechsler abreviada de inteligência – WASI: manual*. Adaptação e padronização brasileira de C. M. Trentini, D. B. Yates, & V. S. Rech. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, S. M., Prado, C. M., Oliveira, K. S., & Mazzarino, B. G. (2011). Desenho da Figura Humana: Análise da Prevalência de Indicadores para Avaliação Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *24*(3), pp. 411-418.

LEITURAS RECOMENDADAS

Delval, J. (2002). *Introdução à prática do método clínico: descobrindo o pensamento das crianças.* Porto Alegre: Artmed.

Hutz, C. S., Bandeira, D. R, Trentini, & C. M., Krug, J. S. (2015). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.

Laros, J. A., Tellegen, P. J., Jesus, G. R. de, & Karino, C. A. (2015). *SON-R 2½-7[a]. Manual. Teste não-verbal de inteligência.* São Paulo: Hogrefe CETEPP.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1976). *Da lógica da criança à lógica do adolescente*. São Paulo: Pioneira. (Obra originalmente publicada em 1955).

Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia Cognitiva.* Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas Sul.

Theuer, R. V., & Mendoza, C. E. F. (2003). Avaliação da inteligência na primeira infância. *PSICO-USF*, *8*(1), pp. 21-32.

Wechsler, D. (2013). *Escala Wechsler de inteligência para crianças – WISC IV: manual.* (J. M. Rueda, A. P. P. Noronha, F. F. Sisto, A. A. A. dos Santos, & N. R. de Castro, adapt.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Informações mais detalhadas sobre as Escalas Wechsler podem ser obtidas no Capítulo 5 deste livro.

As idades são referências, podendo haver variações entre as crianças.

3

O PROBLEMA DA DIMENSIONALIDADE NO ESTUDO DA INTELIGÊNCIA E COMO RESOLVÊ-LO UTILIZANDO O EXPLORATORY GRAPH ANALYSIS (EGA)

Hudson Golino

Um dos aspectos fundamentais da pesquisa em psicologia envolve a verificação do número de dimensões, ou fatores, subjacentes aos instrumentos psicológicos. Há duas definições principais, e interligadas, de dimensionalidade: (1) conjunto reduzido de variáveis que explicam a maior parte da variabilidade de um conjunto de variáveis correlacionadas (James, Witten, Hastie, & Tibshirani, 2013) e (2) fonte subjacente da variabilidade presente em dados multivariados. Ambas as definições são compatíveis com o termo "fator", comumente utilizado na psicologia, devido principalmente ao conjunto de técnicas estatísticas amplamente utilizado denominado "análise fatorial" (Thompson, 2004, 2007). Portanto, no presente capítulo os termos "dimensão" e "fator" serão utilizados para representar o mesmo conjunto de fenômenos. No entanto, é importante apontar que o termo "dimensão" é geralmente utilizado para representar variáveis latentes independentemente do tipo de técnica estatística utilizada, enquanto o termo "fator" em geral diz respeito a variáveis latentes estimadas por meio de técnicas de análise fatorial de traços latentes (p. ex., na análise de eixos principais).

Essas dimensões ou fatores são representações dos construtos psicológicos. Tanto os construtos quanto as suas representações são produtos do processo científico de estudo sobre o funcionamento da nossa mente e do nosso comportamento. O ser humano não tem um manual de instruções sobre o seu funcionamento, estrutura, organização, desenvolvimento e mudança. Enquanto cientistas, necessitamos de ferramentas que possibilitem testar hipóteses, verificar a plausibilidade e a adequação de modelos teóricos de acordo com dados empíricos, explorar novas formas de organização das variáveis que estudamos, entre outras ferramentas, de forma a avançar o nosso conhecimento sobre a mente e o comportamento. Modelos teóricos são construções abstratas que tentam organizar o nosso conhecimento sobre o funcionamento do ser

humano. No entanto, para que a ciência psicológica avance, esses modelos teóricos têm de ser postos em xeque frequentemente. Somente por meio da constante busca pela refutação das hipóteses, da confrontação do modelo teórico com os dados empíricos e da prática diária do ceticismo é que seremos capazes de avançar o nosso conhecimento sobre o funcionamento da mente e do comportamento.

Nesse empreendimento pelo avanço do conhecimento científico na psicologia, os métodos de investigação da dimensionalidade dos instrumentos psicológicos são de fundamental importância. Hoje em dia há uma multiplicidade de técnicas estatísticas e computacionais cuidadosamente desenvolvidas para responder aos mais variados tipos de questões de pesquisa na psicologia. Portanto, não seria incomum o leitor questionar se há, ainda, espaço para a investigação do número de dimensões por meio de técnicas clássicas de análise fatorial. A literatura mostra que a utilização de modelos fatoriais ainda é muito presente como um dos primeiros passos no processo de validação dos construtos psicológicos (Garrido, Abad, & Ponsoda, 2013), sendo considerados intrinsicamente ligados ao desenvolvimento de testes e teorias da inteligência (Keith, Caemmerer, & Reynolds, 2016). Uma breve busca no Google Scholar, uma ferramenta de busca gratuita de artigos científicos na internet, utilizando as palavras-chave *exploratory factor analysis* entre os anos de 1990 até 2016, resulta em 74.300 publicações. Restringindo o período entre 2006 e 2016 leva a impressionantes 45.700 resultados (ou seja, 61,5% do total). Resultado similar foi apontado por Golino e Epskamp (2017), que utilizaram a mesma palavra-chave na base de dados de publicações científicas *Science Direct*, da editora Elsevier, e encontraram 40.132 publicações entre os anos de 1990 e 2016 em revistas dos campos de artes e humanidades/psicologia e ciências sociais. Desse total, aproximadamente 74% foram publicados nos últimos 10 anos. Esses resultados são semelhantes aos encontrados em levantamentos anteriores (Osborne & Costello, 2009). Portanto, pode-se concluir que as técnicas fatoriais são ainda muito presentes e relevantes nas pesquisas empíricas em psicologia.

A estimação do número de dimensões ou fatores nos instrumentos psicológicos é um dos pontos centrais da psicologia, desde o desenvolvimento das primeiras técnicas de psicometria com Spearman (1904). Apesar de todos os avanços da psicometria, da estatística e da computação, ainda não há um método de investigação sobre a estrutura dimensional de instrumentos de avaliação que possa ser genericamente utilizado. Há vários métodos diferentes, cada um com suas qualidades e limitações. Embora haja uma multiplicidade de técnicas, procedimentos e modelos para verificar o número de fatores, a análise paralela de Horn (1965) é constantemente apontada na literatura como uma das mais eficientes (Crawford et al., 2010; Garrido et al., 2013; Green, Redell, Thompson, & Levy, 2016).

O que se denomina genericamente como análise paralela é, na verdade, um apanhado de técnicas que se originaram com o trabalho seminal de Horn (1965). A análise paralela de Horn (1965) foi desenvolvida para resolver um problema significativo da verificação do número de fatores baseada no critério do eigenvalue-maior-que-um de Guttman (1954) e Kaiser (1960). O critério de Guttman (1954) e Kaiser (1960) tende a sugerir muitos fatores quando há um tamanho amostral entre pequeno e moderado, sendo muito suscetível a particularidades da amostra. Horn (1965) argumenta que o número de fatores deveria ser verificado por meio dos eigenvalues que fossem superiores aos obtidos em dados aleatórios. Assim, efeitos aleatórios das amostras poderiam ser controlados, obtendo-se um resultado mais robusto do que com o critério do eigenvalue-maior-que-um[1].

Avanços computacionais possibilitaram que a análise paralela sugerida por Horn (1965) se tornasse ainda mais robusta. No lugar de verificar os eigenvalues em um único banco de dados aleatório, com *n* pessoas e *k* itens, sendo *n* e *k* iguais aos valores do banco de dados empírico, foi possível gerar vários bancos de dados aleatórios. Os eigenvalues encontrados no banco de dados empírico passaram a ser comparados com a média dos eigenvalues obtidos em *m* bancos de dados aleatórios (Humphreys & Montanelli, 1975). Posteriormente, Buja e Eyubogly (1992) sugeriram o uso do percentil 95 da distribuição dos eigenvalues no lugar da média, e a criação de bancos de dados aleatórios baseados na permutação dos dados empíricos. Outro fator importante de diferenciação entre os procedimentos de análise paralela diz respeito ao método de cálculo dos eigenvalues.

A maioria dos estudos que utiliza a análise paralela emprega a técnica dos componentes principais para cálculo dos eigenvalues, sendo que cada eigenvalue representa a parcela da variância total do item que pode ser explicada por uma combinação linear dos itens. O problema com o uso dos componentes principais é que ele não é uma técnica de variáveis latentes. Em outras palavras, ele não permite modelar a fonte subjacente da variabilidade presente em dados multivariados, como geralmente é o foco da psicologia, em geral, e do estudo da inteligência, em particular. Essa modelagem é feita, por exemplo, por meio do emprego da análise fatorial convencional (p. ex., fatoração de eixos principais), que permite identificar variáveis latentes subjacentes aos dados que explicam a variabilidade observada. Na análise fatorial de traços latentes, os eigenvalues são compreendidos como indicadores da variância comum, e não da variância total. Isso ocorre porque, na análise fatorial de traços latentes, há uma separação clara da variância única de cada item, da variância do erro e da variância comum (ou compartilhada) dos itens.

Estudos de simulação apontam que a análise paralela tem uma acurácia elevada na identificação do número de fatores quando há correlações baixas ou moderadas entre os fatores, assim como quando a amostra é composta por mais de 500 casos e quando as cargas fatoriais vão de moderadas a altas (Crawford et al., 2010; Green et al., 2011; Keith, Caemmerer, & Reynolds, 2016). Por outro lado, a análise paralela subestima o número de fatores quando há correlação alta entre os fatores e quando a amostra é pequena (Crawford et al., 2010; Garrido, Abad, & Ponsoda, 2013; Green et al., 2011; Keith, Caemmerer, & Reynolds, 2016). Os estudos de simulação também apontam que a análise paralela implementada por meio do método de componentes principais tem menor acurácia na estimação do correto número de dimensões do que quando se utiliza a análise paralela com o método de fatoração dos eixos principais (Keith, Caemmerer, & Reynolds, 2016). E que o uso dos percentis 95 e 99 na distribuição dos eigenvalues em *n* bancos de dados simulados leva a uma maior acurácia (Buja & Eyubogly, 1992) do que utilizar a média dos eigenvalues ou o procedimento mais simples de gerar um único banco de dados aleatório com o mesmo tamanho amostral e número de itens do banco de dados empírico, como proposto por Horn (1965).

Apesar das limitações conhecidas da análise paralela na estimação do número de fatores, alguns autores fazem uma defesa enfática do seu uso nas pesquisas em inteligência (Frazier & Youngstrom, 2007). No entanto, essa posição vai de encontro aos resultados dos estudos de simulação. Keith, Caemmerer e Reynolds (2016) verificaram a eficácia de diferentes técnicas para estimar o número de fatores em dados simulados: análise paralela baseada em componentes principais (PA-PCA); *minimum average partial criterion* (MAP); critério do eigenvalue-maior-que-um de Kaiser-Guttman; análise fatorial exploratória utilizando o estimador *maximum-*

likelihood (ML); análise paralela baseada na fatoração dos eixos principais (PA-PAF); análise fatorial confirmatória utilizando o critério da mudança do qui-quadrado (CFA qui-quadrado); e análise fatorial confirmatória utilizando o critério do *Akaike information criterion* (CFA AIC). Quando os dados simulados apresentavam amostras iguais a 500 e correlações altas entre os fatores (i.e., 0,7), as técnicas apresentaram as menores acurácias. A Tabela 3.1 apresenta a acurácia média encontrada por cada método.

TABELA 3.1
Acurácia dos métodos de estimação do número de fatores para dados simulados com n = 500 e correlação = 0,70, encontrada por Keith, Caemmerer e Reynolds (2016)

Método	Número de itens por fator						Acurácia média	Desvio padrão
	2	3	4	6	8	10		
PA-PCA	0%	0%	0%	0%	25%	100%	20,83%	36,56%
MAP	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,00%	0,00%
eigenvalue-maior-que-um	0%	5%	60%	0%	0%	0%	10,83%	22,06%
ML	0%	0%	0%	20%	20%	20%	10,00%	10,00%
PA-PAF	5%	10%	15%	85%	80%	100%	49,17%	39,73%
CFA qui-quadrado	0%	35%	70%	100%	100%	100%	67,50%	38,27%
CFA AIC	5%	50%	90%	100%	100%	100%	74,17%	35,64%

PA-PCA: análise paralela baseada em componentes principais; MAP: *minimum average partial criterion*; critério do eigenvalue-maior-que-um de Kaiser-Guttman; ML: análise fatorial exploratória utilizando o estimador *maximum-likelihood*; PA-PAF: análise paralela baseada na fatoração dos eixos principais; CFA qui-quadrado: análise fatorial confirmatória utilizando o critério da mudança do qui-quadrado; CFA AIC: análise fatorial confirmatória utilizando o critério do *Akaike information criterion*.

Os resultados encontrados por Keith, Caemmerer e Reynolds (2016) são bastante semelhantes aos resultados encontrados em estudos de simulação anteriores (p. ex., Crawford et al., 2010; Garrido et al., 2013; Green et al., 2011). O método MAP foi o que apresentou a menor acurácia, seguido pela análise fatorial exploratória utilizando o estimador ML, pelo critério do eigenvalue-maior-que-um de Kaiser-Guttman, pela PA-PCA e pela PA-PAF. Os dois procedimentos com maior acurácia média para amostras com 500 observações e correlações altas entre os fatores foram a análise fatorial confirmatória verificando o número de fatores por meio da mudança do qui-quadrado (67,50%) e a análise fatorial confirmatória verificando o número de fatores por meio do índice AIC (74,17%). Ao final do seu estudo, Keith, Caemmerer e Reynolds (2016) argumentam:

> Terminamos com um apelo final para o emprego de teoria, formal ou informal, na pesquisa com testes cognitivos. Teoria no campo da inteligência é bem desenvolvida e ainda se encontra em processo de aprimoramento, e a maioria dos testes cognitivos modernos são guiados por uma ou mais teorias da inteligência. É tolice não considerar a teoria que explica a estrutura dos dados de inteligência ao investigar a estrutura provável de tais dados. (Keith, Caemmerer, & Reynolds, 2016, p.52).

Apesar de concordar com a crítica geral feita às técnicas de estimação do número de fatores em inteligência, que tendem a superestimar ou subestimar o número de fatores em condições muito comuns nas pesquisas empíricas em inteligência (i.e., quando há correlações fortes entre

os fatores e as amostras menores do que 1.000), não podemos nos basear exclusivamente no modelo teórico subjacente aos testes de inteligência. Apesar de ser um importante ponto de partida, esses modelos teóricos podem ser equivocados. Nesse caso, a combinação do uso do modelo teórico com a análise fatorial confirmatória, como defende Keith, Caemmerer e Reynolds (2016), tem uma limitação clara: o que fazer quando o modelo teórico subjacente a testes ou baterias de inteligência não apresenta ajuste adequado aos dados empíricos? O presente capítulo pretende apresentar uma estratégia inovadora para resolver esse problema, denominada Exploratory Graph Analysis (EGA) (Golino & Epskamp, 2017). Nas próximas seções, o EGA será apresentado, de forma simples e direta, e suas principais publicações e resultados serão descritos de forma sintética. Em seguida, será apresentada uma versão aprimorada do EGA, denominada Bootstrapped Exploratory Graph Analysis (*boot*EGA), que, além de estimar o número de dimensões, verifica a estabilidade dessas dimensões em *n bootstraps* da amostra. Tanto o EGA quanto o *boot*EGA serão aplicados, de forma tutorial, em uma bateria de inteligência composta por quatro testes que avaliam, a princípio, quatro construtos: habilidade visuoespacial, seriação de números e letras, raciocínio verbal e raciocínio matricial.

UMA BREVE INTRODUÇÃO AO EXPLORATORY GRAPH ANALYSIS

O EGA é uma técnica recentemente proposta por Golino e Epskamp (2017) como parte de um novo conjunto de modelos e procedimentos psicométricos denominado *network psychometrics* (Epskamp, Maris, Waldorp, & Borsboom, no prelo), cujo foco centra-se na estimação de modelos de redes não direcionadas (Markov Random Fields; Lauritsen, 1996) em dados da psicologia e áreas afins. Nessa área, as variáveis psicológicas são representadas como nodos de uma rede, enquanto as relações entre as variáveis são representadas como os conectores dos nodos. Diferentemente de outros campos que também utilizam modelos de rede, na *network psychometrics*, as relações ou conexões entre os nodos não são observadas, e, sim, estimadas (Epskamp & Fried, 2016). Por exemplo, se formos analisar a rede de relações virtuais em uma plataforma social *on-line*, como o Facebook, as pessoas estão conectadas exclusivamente se elas são "amigas" na plataforma. Assim, basta verificar a rede de contatos das pessoas para poder elaborar a sua rede de relacionamento social *on-line*. Já no campo da *network psychometrics*, as relações ou conexões entre os nodos (variáveis) são estimadas utilizando-se, por exemplo, a correlação, a covariância ou qualquer outro índice estatístico.

Quando o foco da análise se centra em dados oriundos de instrumentos psicológicos, é possível utilizar os índices estatísticos estimados de relação entre as variáveis (p. ex., a correlação) como *peso* das conexões entre as variáveis, representando-as como uma rede de relações balanceadas. A Tabela 3.2 apresenta os valores de correlação tetracórica de dados simulados de forma a representarem as respostas de 1.000 pessoas em 15 itens dicotômicos explicados por três variáveis latentes com correlações variando entre 0,3, 0,5 e 0,7 entre si.

TABELA 3.2
Correlações tetracóricas entre 15 itens dicotômicos simulados

	i1	i2	i3	i4	i5	i6	i7	i8	i9	i10	i11	i12	i13	i14	i15
i1	1,00	0,51	0,43	0,48	0,43	0,31	0,36	0,34	0,32	0,34	0,19	0,27	0,19	0,21	0,22
i2	0,51	1,00	0,40	0,51	0,49	0,25	0,23	0,29	0,26	0,36	0,26	0,33	0,20	0,25	0,23
i3	0,43	0,40	1,00	0,44	0,39	0,31	0,27	0,31	0,35	0,24	0,19	0,23	0,24	0,25	0,26
i4	0,48	0,51	0,44	1,00	0,46	0,28	0,24	0,35	0,28	0,33	0,22	0,28	0,21	0,24	0,21
i5	0,43	0,49	0,39	0,46	1,00	0,40	0,32	0,35	0,36	0,30	0,25	0,30	0,30	0,23	0,25
i6	0,31	0,25	0,31	0,28	0,40	1,00	0,46	0,48	0,49	0,49	0,14	0,15	0,18	0,17	0,09
i7	0,36	0,23	0,27	0,24	0,32	0,46	1,00	0,49	0,49	0,48	0,14	0,18	0,14	0,16	0,15
i8	0,34	0,29	0,31	0,35	0,35	0,48	0,49	1,00	0,47	0,52	0,12	0,13	0,11	0,18	0,20
i9	0,32	0,26	0,35	0,28	0,36	0,49	0,49	0,47	1,00	0,48	0,14	0,19	0,16	0,16	0,23
i10	0,34	0,36	0,24	0,33	0,30	0,49	0,48	0,52	0,48	1,00	0,17	0,13	0,08	0,12	0,13
i11	0,19	0,26	0,19	0,22	0,25	0,14	0,14	0,12	0,14	0,17	1,00	0,49	0,43	0,43	0,55
i12	0,27	0,33	0,23	0,28	0,30	0,15	0,18	0,13	0,19	0,13	0,49	1,00	0,50	0,46	0,50
i13	0,19	0,20	0,24	0,21	0,30	0,18	0,14	0,11	0,16	0,08	0,43	0,50	1,00	0,51	0,50
i14	0,21	0,25	0,25	0,24	0,23	0,17	0,16	0,18	0,16	0,12	0,43	0,46	0,51	1,00	0,52
i15	0,22	0,23	0,26	0,21	0,25	0,09	0,15	0,20	0,23	0,13	0,55	0,50	0,50	0,52	1,00

Esses valores podem ser representados em uma figura bidimensional em que os valores das correlações são representados pelos conectores dos nodos (círculos) da rede, de forma que, quanto maior a correlação, mais espesso é o conector (Fig. 3.1).

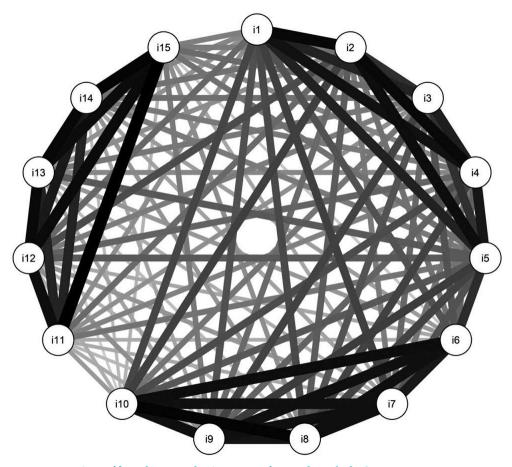



Figura 3.1 Representação gráfica das correlações tetracóricas da Tabela 3.2.

Essas correlações podem, também, ser representadas de forma que, além da espessura dos conectores, variáveis com maior correlação encontrem-se espacialmente mais próximas e variáveis com menor correlação encontrem-se espacialmente mais distantes (Fig. 3.2). É importante apontar que tanto a Figura 3.1 quanto a Figura 3.2 são apenas formas distintas de representar as informações contidas na Tabela 3.2.

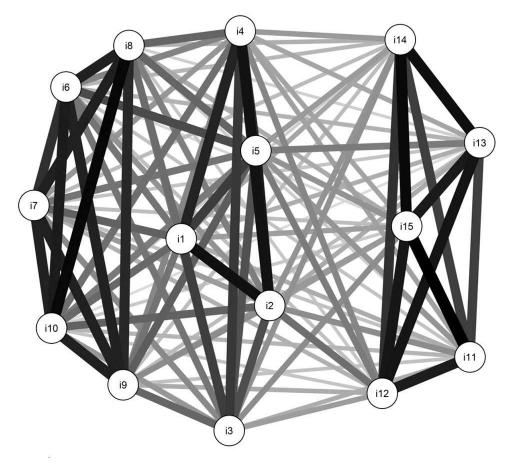



Figura 3.2 / Representação gráfica das correlações tetracóricas da Tabela 3.2, com uma disposição visual tal que variáveis com ligações mais fortes estão espacialmente próximas e variáveis com ligações fracas estão espacialmente distantes.

Para se estimar uma rede que seja interpretável são necessários alguns procedimentos adicionais, que podem ser aplicados tanto nos dados brutos quanto nas matrizes de correlação tradicionais (como as correlações tetracóricas e policóricas). Um dos modelos estatísticos mais utilizados para a estimação de redes em dados oriundos da psicologia é o chamado Gaussian Graphical Model (GGM) (Lauritzen, 1996). Esse modelo pode ser implementado por meio do cálculo de correlações parciais de *ordem n,* em que *n* é igual ao número de variáveis disponíveis no banco de dados. As redes oriundas desse tipo de procedimento também são chamadas de *concentration graphs.*

As correlações parciais indicam a intensidade e a direção da relação entre duas variáveis após controlar o efeito de todas as outras variáveis disponíveis. Nesse sentido, correlações parciais entre duas variáveis que são exatamente iguais a 0 apontam que essas variáveis são condicionalmente independentes, isto é, condicionando-se nas outras variáveis, a relação observada entre ambas desaparece. Por outro lado, caso duas variáveis apresentem uma correlação parcial diferente de 0, elas são condicionalmente dependentes.

A Figura 3.3 apresenta um gráfico de rede construído a partir das correlações parciais, obtidas das correlações tetracóricas da Tabela 3.2. É importante apontar que, comparando-se as Figuras 3.2 e 3.3, essa última apresenta conectores entre os nodos muito menos espessos. Como a Figura 3.2 foi construída por meio do uso de correlações tetracóricas de *ordem zero* (i.e., que não

controlam o efeito das outras variáveis na estimativa da intensidade e direção da relação entre duas variáveis), o valor dos índices de correlação tende a ser mais elevado. Já a Figura 3.3, construída a partir de correlações parciais, apresenta índices menores (visualmente representados pelas conexões menos espessas e escuras entre os nodos da rede), uma vez que a relação entre duas variáveis é estimada controlando-se o efeito das outras variáveis.

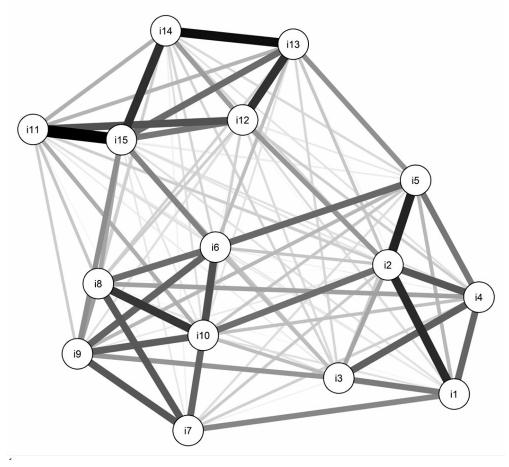



Figura 3.3 Rede construída a partir do cômputo de correlações parciais, tendo como *input* as correlações da Tabela 3.2. A disposição visual dos nodos é tal que variáveis com ligações mais fortes estão espacialmente próximas e variáveis com ligações fracas estão espacialmente distantes.

Apesar de apresentar uma vantagem significativa em relação às correlações tradicionais, a correlação parcial ainda não resolve um dos maiores problemas das técnicas de correlação: a presença de relações que só são estimadas devido a um efeito de amostra, também chamadas de correlações espúrias (Epskamp & Fried, 2016). Para controlar a presença de correlações espúrias, é possível utilizar técnicas de regularização. Uma das técnicas de regularização mais empregadas na estimação de redes em psicologia (van Borkulo et al., 2014; Kossakowski et al., 2015; Fried et al., 2015) é a *least absolute shrinkage and selection operator* (LASSO) (Tibshirani, 1996). A técnica de regularização LASSO colapsa os valores das correlações parciais de tal forma que valores pequenos são estimados como exatamente 0 (Golino & Epskamp, 2016; Epskamp & Fried, 2016). A regularização LASSO tem um parâmetro de ajuste (*lambda*) que define quão robusto será o “colapso” dos valores de correlações. Quanto maior é o valor de *lambda*, menor

será o valor das correlações parciais estimadas, levando a um menor número de conexões estimadas na rede. A Figura 3.4 apresenta três representações gráficas de rede das correlações parciais com regularização LASSO dos dados da Tabela 3.2. O gráfico no canto à esquerda da Figura 3.4 mostra o efeito da regularização LASSO quando o valor de *lambda* é bem pequeno (0,0555). Note que quase todos os itens estão conectados. Já o gráfico no meio da Figura 3.4 apresenta um valor de *lambda* maior (0,3483), e o resultado é uma rede mais esparsa, ou seja, com menos conexões entre as variáveis. Em outras palavras, quanto mais esparsa é uma rede, menos linhas conectando os nodos serão observadas. Por último, o gráfico no lado direito da Figura 3.4 apresenta uma rede totalmente desconectada, ou completamente esparsa, uma vez que o valor de *lambda* é ainda maior (0,5545), o que colapsou todas as correlações parciais, de forma que essas foram estimadas em 0.

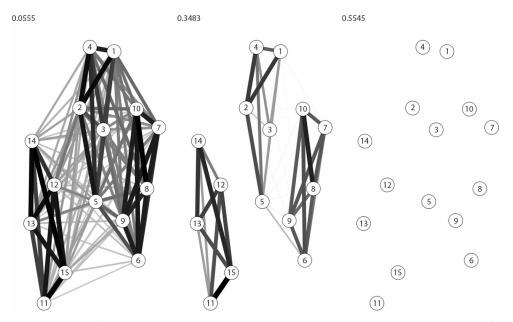



Figura 3.4 Redes construídas por meio de correlações parciais regularizadas por meio do método LASSO, com valores diferentes de *lambda*.

Uma das consequências do uso das correlações parciais com a regularização LASSO é de que, no lugar de obter apenas uma matriz, estimam-se várias matrizes, uma para cada valor de *lambda*. Com isso, gera-se um outro problema: qual das matrizes de correlações parciais regularizadas é *melhor*? A resposta pode ser obtida por meio do índice de ajuste Extended Bayesian Information Criteria (EBIC) (Chen & Chen, 2008). A matriz que apresentar o menor valor de EBIC pode ser considerada a com melhor ajuste e, portanto, a que deve ser utilizada para representar a rede de relação entre as variáveis. Estudos de simulação mostram que o EBIC possibilita estimar corretamente a estrutura da rede de relações entre variáveis com uma acurácia bastante elevada (Foygel Barber & Drton, 2015; van Borkulo et al., 2014).

Quando se analisa dados de instrumentos psicológicos por meio das técnicas da *network psychometrics*, como o GGM, obtido por meio da estimação de correlações parciais com regularização LASSO, o interesse pode estar focado em verificar quantos agrupamentos é possível encontrar. Tais agrupamentos podem indicar o número de variáveis latentes subjacentes aos dados. Se um modelo de variáveis latentes é o modelo verdadeiro subjacente aos dados,

então é de se esperar que os itens marcadores de cada variável latente se agrupem, apresentando correlações mais intensas entre si, de forma a compor *clusters* em uma rede estimada por meio de correlações parciais (Golino & Epskamp, 2017). Essa expectativa é oriunda das evidências que mostram que os modelos de variáveis latentes são matematicamente equivalentes aos modelos de redes (Chandrasekaran, Parrilo, & Willsky, 2010; Epskamp et al., no prelo).

O EGA foi proposto por Golino e Epskamp (2017) como uma técnica para identificar o número de fatores por meio do emprego do GGM, por meio das correlações parciais com regularização LASSO, selecionada utilizando-se o índice de ajuste EBIC em 100 valores distintos de *lambda*. A ideia é estimar uma rede regularizada, de forma a facilitar a verificação de grupamentos de itens fortemente relacionados entre si e com relações mais fracas com itens de outros grupamentos. A identificação dos grupamentos de itens utilizada por Golino e Epskamp (2016) é feita por meio de um algoritmo de identificação de grupamentos em redes balanceadas, denominado Walktrap (Pons & Latapy, 2006). A Figura 3.5 apresenta o resultado gráfico do EGA aplicado nos dados disponíveis na Tabela 3.2.

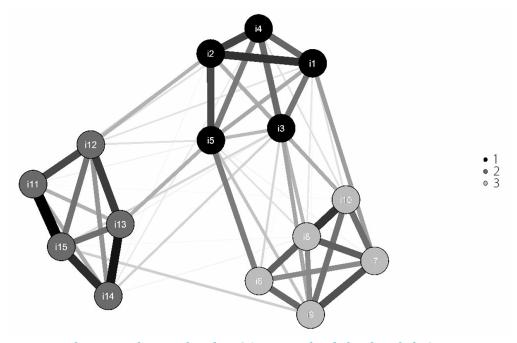



Figura 3.5 Estrutura dimensional estimada pelo EGA a partir dos dados da Tabela 3.2.

O EGA tem se mostrado uma das técnicas com maior acurácia na correta estimação do número de fatores, tanto em estudos com dados simulados (Golino & Demetriou, 2017; Golino & Epskamp, 2017) quanto em estudos com dados reais (Golino & Demetriou, 2017). Golino e Epskamp (2017) estudaram a acurácia do EGA em relação à análise paralela (computada por meio da técnica de fatoração dos eixos principais e utilizando o percentil 95 da distribuição dos eigenvalues), ao eigenvalue-maior-que-um de Kaiser (1960) e Guttman (1954), entre outras técnicas. Para isso, os autores simularam 32 mil bancos de dados, com estruturas fatoriais previamente definidas variando no número de fatores (2 e 4), no número de itens dicotômicos (5 e 10), no tamanho da amostra (100, 500, 1.000 e 5.000) e na correlação entre os fatores (ortogonal, 0,20, 0,50 e 0,70), em um total de 64 condições controladas. Para cada condição, 500 bancos de dados foram simulados, resultando nos 32 mil apontados anteriormente. Os autores

verificaram que, para dois fatores, o EGA apresentou uma acurácia média de 96% (DP = 19%), muito semelhante à acurácia da análise paralela (Média = 97%, DP = 16%), mas bem superior às das outras técnicas, como o eigenvalue-maior-que-um (Média = 86%, DP = 35%). No entanto, as diferenças entre o EGA e a análise paralela se deram quando o número de fatores era igual a quatro, quando o EGA obteve uma acurácia média de 86% (DP = 31%), e a análise paralela, uma acurácia média de 80% (DP = 40%). Quando as correlações entre os fatores era de 0,70, somente o EGA corretamente estimou o número de fatores, obtendo uma acurácia média de 53% para uma amostra de 1.000 observações e de 100% com uma amostra de 5.000 observações. As outras técnicas ou subestimaram ou superestimaram o número de fatores quando as correlações eram altas. Golino e Epskamp (2017) também verificaram como as condições controladas (tamanho da amostra, correlação entre os fatores, número de itens e número de fatores), assim como suas interações, afetaram a média das acurácias em cada método, via análise de variância. Os resultados apontaram que o EGA foi a única técnica que apresentou um tamanho de efeito elevado, via *partial eta squared effect size* (valores elevados são aqueles acima de 0,14), de acordo com Cohen (1988), em apenas uma das condições controladas: tamanho da amostra (*partial eta squared* = 0,18). Todas as outras técnicas investigadas obtiveram tamanho de efeito elevado entre três e nove condições e suas combinações (ver Fig. 3.6). A Figura 3.6 apresenta o *partial eta squared effect size* para três técnicas: EGA, eigenvalue-maior-que-um de Kaiser (1960) e Guttman (1954) e a análise paralela (PA).

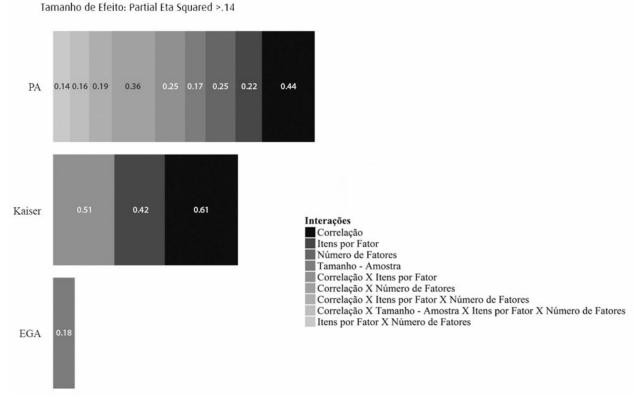



Figura 3.6 Tamanho de efeito (*partial eta squared effect size*) para EGA, eigenvalue-maior-que-um (Kaiser) e análise paralela (PA). Gráfico criado a partir dos dados encontrados no artigo de Golino e Epskamp (2017).

O trabalho publicado por Golino e Demetriou (2017) analisou os dados simulados por Keith, Caemmerer e Reynolds (2016) nos quais as técnicas de estimação do número de fatores obtiveram os piores resultados: amostra com 500 observações, alta correlação entre os fatores (0,70), carga fatorial de 0,50 e diferente número de indicadores por fator (2, 3, 4, 6, 8 e 10). Ao utilizar o EGA, Golino e Demetriou (2017) conseguiram estimar corretamente o número de fatores em 100% dos casos simulados. No trabalho original, Keith e colaboradores (2016) encontraram uma acurácia média de 10,83% para o eigenvalue-maior-que-um de Kaiser (1960) e Guttman (1954), de 20,83% (DP = 36,56%) para a PA-PCA, de 49,17% (DP = 39,73%) para a PA-PAF, de 67,5% (38,27%) para a exploração da dimensionalidade via análise fatorial confirmatória controlando mudanças significativas no qui-quadrado e de 74,17% (DP = 35,64%) para a análise fatorial confirmatória com critério de verificação do número de fatores via o *Akaike Information Criterion* (AIC).

Golino e Demetriou (2017) também analisaram dados de pesquisas empíricas reais, previamente publicados na revista *Intelligence* (Must & Must, 2013, 2014; Demetriou & Kazi, 2006; Žebec, 2015). Eles mostraram que o EGA, quando aplicado em dados reais de pesquisas sobre inteligência, possibilita encontrar estruturas que são tão adequadas quanto, ou superiores, às estruturas propostas pelas teorias que embasaram a construção dos testes ou das baterias de inteligência. Por exemplo, ao analisar a estrutura de três subtestes (Raciocínio aritmético, Completar sentenças e Conceitos) da versão estoniana do National Intelligence Tests (NIT) (Haggerty, Terman, Thorndike, Whipple, & Yerkes, 1920), que é uma bateria de inteligência desenvolvida para avaliar crianças em idade escolar, Golino e Demetriou (2017) verificaram que a estrutura proposta por teoria, isto é, três fatores correlacionados, apresentou um ajuste pior [$\chi 2$ (1.592) = 6.659,97; p = 0,00; *comparative fit index* (CFI) = 0,94; *root mean-square error of approximation* (RMSEA) = 0,04; *normed fit index* (NFI) = 0,92; *nonnormed fit index* (NNFI) = 0,94] do que a estrutura com cinco fatores estimada por meio do EGA [$\chi 2$ (1.474) = 3.535,98; p = 0,00; CFI = 0,97; RMSEA = 0,028; NFI = 0,96; NNFI = 0,97]. A diferença entre as duas estruturas é de que a estimada pelo EGA quebrou o fator original do teste de conceitos em três fatores distintos. Essa mudança levou a um modelo com ajuste significativamente melhor do que o modelo teórico dos três subtestes do NIT (Diferença de qui-quadrado: 1.326,1, $p < 0,001$).

Golino e Demetriou (2017) sintetizam as qualidades do EGA em relação às técnicas tradicionais de estimação do número de fatores, como a análise paralela e o eigenvalue-maior-que-um. Em primeiro lugar, não requer uma amostra muito grande para corretamente estimar o número de dimensões, mesmo quando a correlação é alta (0,7), a carga fatorial é moderada (0,5) e o número de indicadores por dimensão varia entre 2 e 10, sendo possível acurácias muito altas já com 500 casos (como visto na análise dos dados simulados por Keith et al., 2016). Ao estimar o número de dimensões ou fatores utilizando uma combinação de correlações parciais regularizadas por meio da técnica LASSO com um algoritmo para detecção de grupamentos em redes balanceadas, o EGA permite estimar uma estrutura que é menos dependente da amostra; facilita a interpretação da rede, permitindo identificar visualmente os grupamentos de itens que representam as variáveis latentes subjacentes; sugere estruturas que são otimizadas em termos de ajuste quando verificadas por meio da análise fatorial confirmatória; não requer nenhum passo adicional de análise, como a análise paralela e o eigenvalue-maior-que-um, no qual primeiro você verifica o padrão dos eigenvalues, para identificar o número de fatores, e, em seguida, utiliza uma análise fatorial exploratória para poder interpretar os fatores por meio da distribuição das cargas dos itens. Ademais, o EGA elimina a necessidade de se aplicar rotação nos dados, o

que é um passo adicional no processo de verificação do número de fatores na análise fatorial exploratória. Por último, Golino e Demetriou (2017) sugerem que o EGA seja utilizado em conjunto com a análise fatorial confirmatória ou a modelagem de equações estruturais, para especificar as relações entre os fatores.

Além das qualidades apontadas supracitadas, o EGA ainda possibilita verificar se a estrutura dimensional estimada é estável, por meio do emprego de *bootstrap* dos dados empíricos. Essa estratégia irá computar *n bootstraps* dos dados originais e aplicar o EGA em cada uma dessas subamostras aleatórias. Com isso, é possível verificar a distribuição do número de fatores identificados, além de possibilitar elaborar uma estrutura típica a partir das *n* subamostras. Essa estrutura típica é calculada por meio da seguinte forma: primeiro, aplica-se o EGA em cada um das *n* amostras geradas a partir do *bootstrap*; em seguida, calcula-se a mediana das correlações parciais com regularização LASSO para cada par de itens, formando uma nova matriz; e, por último, aplica-se o algoritmo *walktrap* para verificar o número de dimensões. A Figura 3.7 apresenta a estrutura típica dos dados da Tabela 3.2, estimada por meio do *boot*EGA em 500 *bootstraps*. Em todos os 500 *bootstraps*, o *boot*EGA estimou três dimensões, o que está totalmente de acordo com a estrutura original de simulação dos dados.

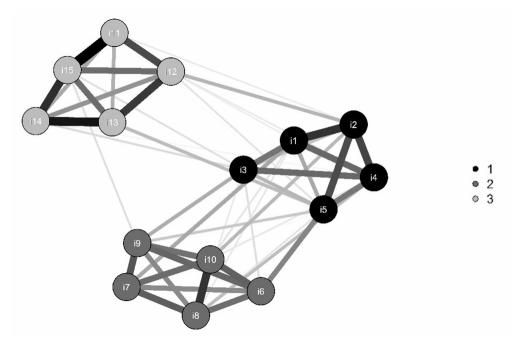



Figura 3.7 Estrutura dimensional estimada pelo *boot*EGA a partir de 500 *bootstraps* dos dados da Tabela 3.2.

Visto o problema geral que acompanha as técnicas tradicionais para identificar o número de dimensões em dados da psicologia, no geral, e da área de inteligência, em particular, e das qualidades do EGA, nas próximas seções o EGA será aplicado em dados reais de uma bateria de inteligência. Para verificar a estabilidade da estrutura dimensional, o *boot*EGA será aplicado. Os resultados do EGA serão comparados com os resultados apontados pela análise paralela. A última parte do presente capítulo trará uma breve discussão sobre a estimação de dimensionalidade no campo da inteligência.

VERIFICANDO A DIMENSIONALIDADE DE UMA BATERIA FORMADA POR QUATRO TESTES DE INTELIGÊNCIA POR MEIO DO EGA E DA ANÁLISE PARALELA

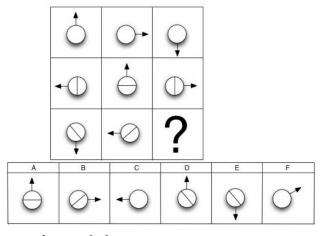
Instrumento: International Cognitive Ability Resource

Os itens que compõem os quatro instrumentos utilizados neste capítulo foram extraídos do International Cognitive Ability Resource (ICAR), um projeto internacional que visa a construir instrumentos para a avaliação da inteligência gratuitos e de domínio público. Uma versão inicial do projeto ICAR, visando à validação de 60 itens, foi publicada na revista *Intelligence*, em 2014 (Condon & Revelle, 2014). Os autores avaliaram 97 mil pessoas, de diferentes faixas etárias, níveis educacionais e nacionalidades. Utilizando a análise paralela, os autores verificaram que os 60 itens poderiam ser explicados entre três e cinco fatores (dependendo de a análise ter sido baseada em componentes principais ou em fatoração de eixos principais). Os autores interpretaram esse resultado como sendo produto do desbalanceamento do número de itens por teste. No entanto, eles desconsideraram que a análise paralela não é adequada para verificar o número de dimensões quando a correlação entre os fatores é alta, como geralmente ocorre no campo da inteligência.

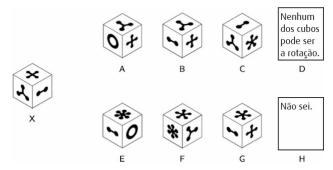
Os 60 itens analisados por Condon e Revelle (2014) são distribuídos em quatro testes distintos: nove itens de seriação de números e letras (itens num1 – num9), 11 itens de raciocínio matricial (itens matrix1 – matrix11), 16 itens de raciocínio verbal (itens verbal1 – verbal16) e 24 itens de rotação tridimensional (itens d3.1 – d3.24).

Exemplo de item de seriação de números e letras:

Item	**Resposta**
LN.01. Qual é o próximo número da sequência a seguir? 64, 81, 100, 121, 144, ...	(A) 154 (B) 156 (C) 162 (D) 169 (E) 178 (F) 196 (G) Nenhum desses números (H) Eu não sei

Exemplo de item de raciocínio matricial:

Exemplo de item de raciocínio verbal:

Item	Resposta
VR.04. Qual número é um quinto de um quarto de um nono de 900?	(A) 2 (B) 3 (C) 4 (D) 5 (E) 6 (F) 7 (G) Nenhum desses números (H) Eu não sei

Exemplo de item de rotação tridimensional:

Os itens foram traduzidos e adaptados para o idioma e a cultura brasileira em 2016 pelo autor deste capítulo, seguindo as diretrizes do International Test Commission. Os itens 1 e 2 do teste de rotação tridimensional não foram utilizados na análise, uma vez que serviram como exemplos para os respondentes.

Amostra

Os 60 itens da bateria ICAR foram aplicados em 1.152 pessoas, com idade variando entre 11 e 84 anos (Média = 25,33; DP = 15,34). Desse total, 58% são do sexo feminino; 39% têm o ensino médio incompleto; 22%, o ensino superior incompleto; 17%, ensino primário incompleto; 11%, 4ensino médio completo; 5%, ensino superior completo; e o restante não informou a escolaridade. Os dados foram coletados na Bahia.

Análise de dados

Para aplicar o EGA e o *boot*EGA e para verificar o ajuste da estrutura dimensional aos dados, foi utilizado o pacote EGA (Golino, 2016) do *software* estatístico e computacional R (R Core Team, 2016). A análise paralela foi aplicada por meio do pacote *psych* (Condon & Revelle, 2014). O ajuste do modelo dimensional aos dados foi verificado por meio dos índices de ajuste *root mean-square error of approximation* (RMSEA), do *comparative fit index* (CFI) (Bentler, 1990), *normed fit index* (NFI) e do *nonnormed fit index* (NNFI) (Bentler & Bonett, 1980). Um bom ajuste aos dados é indicado por um RMSEA igual ou menor de que 0,06 (Browne & Cudeck, 1993), um CFI igual ou maior do que 0,95 (Hu & Bentler, 1999) e um NFI e NNFI maior do que 0,90 (Bentler & Bonett, 1980). Uma vez que a matriz de dados bruta analisada é composta por 0 (indicando erro ao item) e 1 (indicando uma resposta correta ao item), o estimador utilizado para a análise fatorial confirmatória foi o *weighted least squares means and variance adjusted* (WLSMV), que é ideal para dados dicotômicos.

Resultados

O EGA apontou, inicialmente, a existência de cinco dimensões. Um único item estava formando um grupamento sozinho ou uma única dimensão (item verbal4). Essa é uma condição que indica que o item não está funcionando de maneira adequada, e a sugestão apresentada por Golino e Demetriou (2017) é de retirar esse item que compõe apenas uma única dimensão e aplicar novamente o EGA. Após eliminar o item, o EGA foi aplicado novamente, apontando quatro dimensões (Fig. 3.8): 1) Habilidade Verbal (formada por todos os itens de raciocínio verbal e dois itens de seriação de números e letras); 2) Habilidade Visuoespacial (formada por todos os itens de rotação 3d); 3) Raciocínio Matricial (formada por todos os itens de raciocínio matricial); e 4) Habilidade de Seriação (formada por todos os itens de seriação de números e letras).

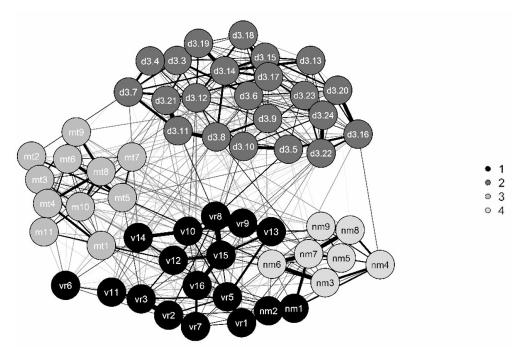



Figura 3.8 Estrutura dimensional estimada pelo EGA a partir dos itens da bateria ICAR.

A estrutura dimensional com quatro fatores foi, então, testada por meio de análise fatorial confirmatória, usando a função CFA do pacote EGA (Golino, 2016). O resultado aponta um ajuste adequado do modelo com quatro dimensões aos dados [χ^2 (1533) = 1794,19, p = 0,00, CFI = 0,99, RMSEA = 0,01, NFI = 0,98, NNFI = 0,99]. A Figura 3.9 apresenta as cargas padronizadas dos itens, em cada dimensão, assim como as correlações entre os fatores.

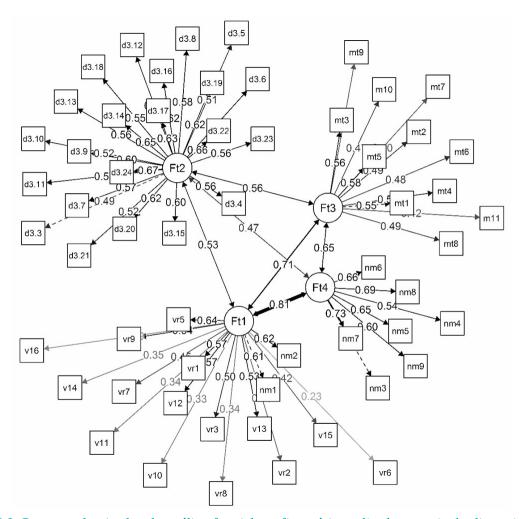



Figura 3.9 Cargas padronizadas da análise fatorial confirmatória realizada a partir da dimensionalidade estimada via EGA: Ft1 = Habilidade Verbal; Ft2 = Habilidade Visuoespacial; Ft3 = Raciocínio Matricial; Ft4 = Habilidade de Seriação.

Por último, resta verificar se a estrutura dimensional estimada pelo EGA, cujo ajuste aos dados foi verificado por meio da análise fatorial confirmatória, é estável. Para isso, foi utilizado o *boot*EGA, que aplica o EGA em cada uma das *n* subamostras do *bootstrap*. Os resultados apontaram a identificação do mesmo número de dimensões em 96,6% das vezes, com o número mínimo estimado em 3 e máximo em 5 (Mediana = 4; DP = 0,18; IC 95% = 3,97 – 4,02). A Figura 3.10 apresenta a estrutura típica, calculada por meio das medianas das correlações parciais com regularização LASSO par a par, ao longo dos 500 *bootstraps*.

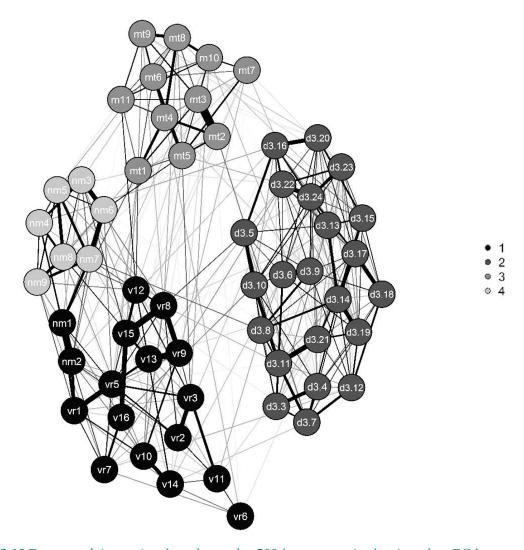



Figura 3.10 Estrutura típica, estimada ao longo dos 500 *bootstraps* via algoritmo *boot*EGA.

Já a análise paralela apontou a existência de oito fatores. A Figura 3.11 mostra o padrão dos eigenvalues observados e dos eigenvalues simulados. Uma análise fatorial exploratória por meio da fatoração dos eixos principais com rotação promax e oito fatores mostra que os oito fatores têm itens com cargas superiores a 0,20, variando entre quatro e 24 itens por fator (ver Tab. 3.3). O modelo com oito fatores, verificado por meio da análise fatorial exploratória, foi submetido a uma análise fatorial confirmatória, com a possibilidade de um mesmo item carregar em mais de um fator, em um desenho de cargas cruzadas. No entanto, o modelo não convergiu.

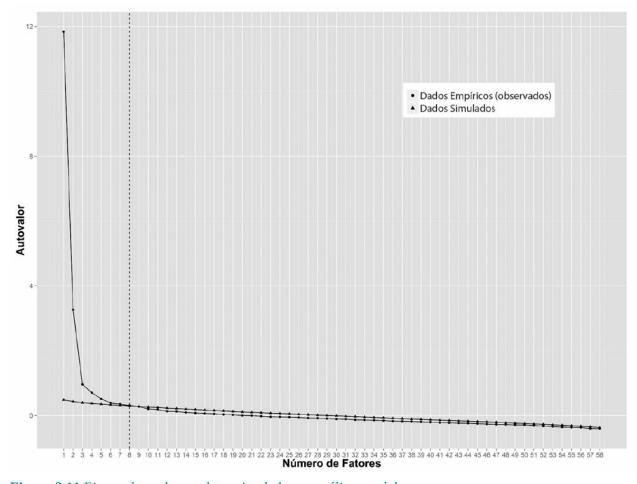



Figura 3.11 Eigenvalues observados e simulados na análise paralela.

TABELA 3.3
Cargas fatoriais padronizadas – análise fatorial exploratória

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8
d3.3	0,43						0,21	
d3.4	0,49							
d3.5	0,39							0,26
d3.6	0,55							
d3.7	0,41						0,33	
d3.8	0,52							
d3.9	0,53							
d3.10	0,48							0,25
d3.11	0,46					-0,21		
d3.12	0,52							
d3.13	0,61							
d3.14	0,71							
d3.15	0,65							

d3.16	0,57						-0,31	0,21
d3.17	0,73							
d3.18	0,68							-0,22
d3.19	0,69							-0,2
d3.20	0,64							
d3.21	0,56							
d3.22	0,61						-0,23	
d3.23	0,6							
d3.24	0,79							
num1		0,42		0,31				
num2		0,29		0,39				
num3		0,58			0,2			
num4		0,54						
num5		0,65						
num6		0,58						
num7		0,67						
num8		0,61						
num9		0,49						
verbal1				0,53		0,22		
verbal2				0,56				
verbal3				0,62				
verbal4								
verbal5				0,53				
verbal6								
verbal7				0,29				
verbal8					0,46			
verbal9				0,41	0,2			
verbal10				0,33				
verbal11				0,41				
verbal12				0,23	0,29			
verbal13				0,28	0,21			
verbal14				0,32				
verbal15					0,67	0,22		
verbal16					0,22	0,37		
matrix1			0,42					
matrix2			0,59					
matrix3			0,67					
matrix4			0,55					

matrix5	0,49	
matrix6	0,47	
matrix7	0,25	
matrix8	0,53	
matrix9	0,43	
matrix10	0,37	0,21
matrix11	0,5	

Por último, utilizou-se o padrão formado pelos itens com cargas superiores a 0,30 como base para um modelo estrutural com apenas cinco fatores: Habilidade Visuoespacial, Habilidade de Seriação, Raciocínio Matricial, Habilidade Verbal um e Habilidade Verbal dois. A diferença entre esse modelo e o modelo sugerido pelo EGA centra-se na divisão da dimensão da habilidade verbal e na exclusão dos itens *verbal7*, *verbal12*, *verbal13* e *matrix7*. Esse modelo foi verificado por meio de uma análise fatorial confirmatória com estimador WLSMV e mostrou-se um modelo com bom ajuste aos dados [χ^2 (1214) = 1273,88, p = 0,11, CFI = 0,99, RMSEA = 0,01, NFI = 0,98, NNFI = 0,99].

Discussão

Este capítulo teve como objetivo apresentar alguns dos principais problemas das técnicas clássicas na estimação do número de fatores ou dimensões em dados de pesquisas da psicologia e apresentar uma solução alternativa por meio do uso da técnica EGA. Os estudos de simulação evidenciam que a análise paralela não tem uma acurácia elevada em situações que são muito próximas às encontradas em pesquisas empíricas na psicologia, em especial na linha de pesquisa sobre a inteligência (Crawford et al., 2010; Garrido et al., 2013; Golino & Epskamp, 2016; Green et al., 2011; Keith et al., 2016).

O EGA tem sido apontado como uma alternativa promissora às técnicas tradicionais de estimação do número de fatores, principalmente porque estudos de simulação apontam uma acurácia superior à de várias técnicas tradicionais, incluindo a análise paralela, sobretudo quando as correlações entre os fatores são altas (Golino & Demetriou, 2017; Golino & Epskamp, 2017). Como a técnica do EGA estima o número de dimensões ou fatores utilizando uma combinação de correlações parciais regularizadas por meio da técnica LASSO com um algoritmo para a detecção de grupamentos em redes balanceadas, o EGA permite estimar uma estrutura que é menos dependente da amostra, facilita a interpretação da rede, permitindo identificar visualmente os grupamentos de itens que representam as variáveis latentes subjacentes e sugere estruturas que são otimizadas em termos de ajuste quando verificadas por meio da análise fatorial confirmatória. Ademais, o uso do EGA não requer nenhum passo adicional de análise, como na análise paralela e no eigenvalues-maior-que-um, no qual primeiro você verifica o padrão dos eigenvalues, para identificar o número de fatores e, em seguida, emprega uma análise fatorial exploratória para poder interpretar os fatores por meio da distribuição das cargas dos itens. O EGA elimina a necessidade de se aplicar rotação nos dados, o que é um passo adicional no processo de verificação do número de fatores na análise fatorial exploratória.

O uso do EGA nos dados da bateria ICAR mostrou-se superior ao uso da análise paralela, uma vez que a primeira técnica identificou o mesmo número de fatores preconizado pela teoria

subjacente ao instrumento (quatro dimensões), com um ajuste adequado aos dados, enquanto a segunda técnica identificou o dobro do número de dimensões (i.e., oito dimensões). A técnica do *boot*EGA proporcionou uma evidência adicional ao EGA, uma vez que mostrou que o modelo de quatro dimensões é estável ao longo de 500 *bootstraps* da amostra.

A análise paralela é apenas uma etapa no processo de estimação do número de fatores na abordagem da análise fatorial exploratória. Nesse sentido, o resultado da análise paralela serviu como base para o emprego de uma análise fatorial exploratória por meio da técnica de fatoração dos eixos principais com rotação promax. O resultado não foi satisfatório, uma vez que o modelo obtido por meio da análise do padrão dos itens nos oito fatores não convergiu, quando investigado por meio da análise fatorial confirmatória. Dos oito fatores estimados, apenas cinco tinham itens com cargas superiores a 0,30, sendo que um dos fatores continha apenas dois itens. Esse novo modelo, com cinco fatores, foi submetido à análise fatorial confirmatória, que apontou para um ajuste adequado do modelo.

O resultado do presente estudo permite apontar dois cenários distintos. O primeiro é de que o EGA e a análise fatorial exploratória, guiada a partir dos resultados da análise paralela, podem chegar a resultados semelhantes. A diferença encontra-se no número de processos que cada técnica envolve. Enquanto o EGA envolve uma única etapa, a análise paralela aliada à análise fatorial exploratória envolve duas etapas principais. Por outro lado, o segundo cenário advém dos estudos com dados simulados (Golino & Demetriou, 2017; Golino & Epskamp, 2017), que apontam a superioridade do EGA em relação à análise paralela e demais técnicas de estimação do número de dimensões, em termos de acurácia na correta identificação do número de fatores. Cabe ao pesquisador decidir quais técnicas irá empregar em seus estudos, analisando os prós e os contras. No entanto, apesar de ainda carecer de estudos adicionais que investiguem a sua acurácia em condições diversas às já controladas nos dois primeiros estudos (Golino & Demetriou, 2017; Golino & Epskamp, 2017), o EGA pode ser uma solução para o problema da estimação de dimensionalidade na área da inteligência, principalmente porque essa é uma das áreas nas quais as dimensões têm correlações moderadas e altas, em quase todos os estudos publicados. Com esse cenário, a acurácia do EGA é superior à da análise paralela, como apontado anteriormente.

REFERÊNCIAS

Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107*(2), 238-246.

Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, *88*(3), 588.

Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K. A., & Long, J. S. (Ed.) *Testing structural equation models* (pp.136 -162). Newbury Park: Sage.

Buja, A., & Eyuboglu, N. (1992). Remarks on parallel analysis. *Multivariate Behavioral Research*, *27*(4), 509-540.

Chandrasekaran, V., Parrilo, P. A., & Willsky, A. S. (2010, September). Latent variable graphical model selection via convex optimization. In *Communication, Control, and Computing (Allerton), 2010 48th Annual Allerton Conference on*, Monticello, , 48.

Chen, J., & Chen, Z. (2008). Extended Bayesian information criteria for model selection with large model spaces. *Biometrika*, *95*(3), 759-771.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Condon, D. M., & Revelle, W. (2014). The International Cognitive Ability Resource: Development and initial validation of a public-domain measure. *Intelligence, 43*, 52-64.

Crawford, A. V., Green, S. B., Levy, R., Lo, W. J., Scott, L., Svetina, D., & Thompson, M. S. (2010). Evaluation of parallel analysis methods for determining the number of factors. *Educational and Psychological Measurement, 70*(6), 885–901.

Demetriou, A., & Kazi, S. (2006). Self-awareness in g (with processing efficiency and reasoning). *Intelligence, 34*(3), 297-317.

Epskamp, S., & Fried, E. I. (2016). A primer on estimating regularized psychological networks. *arXiv preprint*. *Recuperado de:* arXiv:1607.01367v2

Epskamp, S., Maris, G., Waldorp, L. J., & Borsboom, D. (no prelo). *Network Psychometrics*. In Irwing, P., Hughes, D., & Booth, T. (Eds.), *Handbook of Psychometrics*. New York: Wiley.

Foygel Barber, R., & Drton, M. (2015). High-dimensional Ising model selection with bayesian information criteria. *Electronic Journal of Statistics*, *9*(1), 567–607.

Frazier, T. W., & Youngstrom, E. A. (2007). Historical increase in the number of factors measured by commercial tests of cognitive ability: Are we overfactoring? *Intelligence, 35*, 169 – 182.

Fried, E. I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Tuerlinckx, F., Cramer, A., … & Stroebe, M. (2015). From Loss to Loneliness: The Relationship Between Bereavement and Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 256-265.

Garrido, L. E., Abad, F. J., & Ponsoda, V. (2013). A new look at Horn's parallel analysis with ordinal variables. *Psychological Methods*, *18*(4), 454.

Golino, H. F., & Demetriou, A. (2017). Estimating the dimensionality of intelligence like data using Exploratory Graph Analysis. *Intelligence, 62,* 54-70.

Golino, H.F. (2016). *EGA package*. Recuperado de: github.com/hfgolino/EGA

Golino, H. F., & Epskamp, S. (2017). Exploratory graph analysis: A new approach for estimating the number of dimensions in psychological research. *PloS one*, *12*(6), e0174035.

Green, S. B., Redell, N., Thompson, M. S., & Levy, R. (2016). Accuracy of Revised and Traditional Parallel Analyses for Assessing Dimensionality with Binary Data. *Educational And Psychological Measurement, 76*(1), 5-21.

Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika, 19*(2), 149-161.

Haggerty, M., Terman, L., Thorndike, E., Whipple, G., & Yerkes, R (1920). *National Intelligence Tests. Manual of Directions. For Use with Scale A, Form 1 and Scale B, Form 1*. New York: World Book Company.

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika, 30*, 179-185.

Hu, L.T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55.

Humphreys, L. G., & Montanelli, R. G. (1975). An investigation of the parallel analysis criterion for determining the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, *10*, 193-206.

James, G., Witten, D., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2013). *An introduction to statistical learning with applications in R* (Vol. 6). New York: Springer.

Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, *20*, 141-151.

Keith, T. Z., Caemmerer, J. M., & Reynolds, M. R. (2016). Comparison of methods for factor extraction for cognitive test-like data: Which overfactor, which underfactor?. *Intelligence*, *54*, 37-54.

Kossakowski, J. J., Epskamp, S., Kieffer, J. M., van Borkulo, C. D., Rhemtulla, M., & Borsboom, D. (201). The application of a network approach to Health-Related Quality of Life (HRQoL): introducing a new method for assessing HRQoL in healthy adults and cancer patients. *Quality of Life Research, 25*(4), 781-792.

Lauritzen, S. L. (1996). *Graphical models* (Vol. 17). Oxford: Clarendon Press.

Must, O., & Must, A. (2013). Changes in test-taking patterns over time. *Intelligence, 41*(6), 780-790.

Must, O., & Must, A., (2014). Data from "Changes in test-taking patterns over time" concerning the Flynn Effect in Estonia. *Journal of Open Psychology Data. 2(*1), p.e2.

Osborne J.W., & Costello, A.B (2009). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Pan-Pacific Management Review, 12*(2), 131-46.

Pons, P., & Latapy, M. (2006). Computing communities in large networks using random walks. J. *Graph Algorithms Appl., 10*(2), 191-218.

Spearman, C. (1904). General Intelligence, Objectively Determined and Measured. *The American Journal of Psychology, 15*(2), 201-292.

Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications.* American Psychological Association.

Thompson, B. (2007). Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications. *Applied Psychological Measurement, 31*(3), 245-248.

Tibshirani, R. (1996). Regression shrinkage and selection via the lasso. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological), 58*(1), 267-288.

van Borkulo, C. D., Borsboom, D., Epskamp, S., Blanken, T. F., Boschloo, L., Schoevers, R. A., & Waldorp, L. J. (2014). A new method for constructing networks from binary data. *Scientific reports*, *4*(5918), 1–10.

Žebec, M. S., Demetriou, A., & Kotrla-Topić, M. (2015). Changing expressions of general intelligence in development: A 2-wave longitudinal study from 7 to 18years of age. *Intelligence, 49*, 94-109.

LEITURAS RECOMENDADAS

Epskamp, S. (2014). *semPlot: Path diagrams and visual analysis of various SEM packages' output. R package version 1.0.1*. Recuperado de: http://CRAN.R-project.org/package=semPlot

Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, *48*(2), 1-36.

Nas análises fatoriais, um dos critérios utilizados para definir o número de fatores é o *eigenvalue* (traduzido às vezes como "autovalor"). Considera-se que um eigenvalue deve ser igual ou superior a 1 para que um conjunto de variáveis possa se constituir como um fator. Mas o que é um eigenvalue? É um escalar (número real que indica apenas magnitude e não direção) associado a uma dada transformação linear de um espaço vetorial e indica a propriedade de que existe algum vetor diferente de 0 que, quando multiplicado pelo escalar, é igual ao vetor obtido ao permitir que a transformação opere no vetor.

4

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA: ASPECTOS NÃO VERBAIS

Monalisa Muniz
Manuela Ramos Caldas Lins

Na literatura produzida acerca da avaliação da inteligência, costuma-se utilizar a expressão "avaliação não verbal da inteligência" para se referir em geral a uma avaliação na qual o uso da leitura, da escrita e da fala na interação avaliador-avaliado, por algum motivo, é inexistente, precário ou secundário. Da mesma forma, usa-se a expressão "avaliação da inteligência não verbal" para os casos em que a escrita, a leitura e a fala não estão explícitas nos processos cognitivos envolvidos, ou seja, tanto a tarefa quanto a demanda cognitiva para resolvê-la não se sustentam nessas habilidades, mas, sim, em componentes pictóricos ou imagéticos.

Entretanto, em sentido amplo, o componente verbal, ou linguagem, sempre está presente na cognição humana. Dito de outra forma, mesmo uma operação cognitiva inicialmente evocada por imagens envolve um processamento inteligível verbalmente mediado. Por exemplo, em uma tarefa visuoespacial como a que ocorre no subteste Cubos da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-IV) (Rueda, Noronha, Sisto, Santos, & Castro, 2013), não há orientação e entendimento da tarefa a ser feita sem a mediação verbal. E mesmo que não houvesse uma orientação falada ou escrita da tarefa a ser realizada, o avaliado utilizaria compreensões verbais, como se ele dissesse interiormente: "a tarefa que eu preciso realizar é construir uma certa figura geométrica a partir dos elementos contidos no item". Além disso, a resolução desse tipo de tarefa demanda tanto conceitos que se aplicam ao tema, tais como reta, ângulo e preenchimento de cor, quanto outros conceitos, como de ordenamento, alinhamento e agrupamento.

Percebemos, então, que a inteligência (e, consequentemente, sua avaliação) é permeada pela linguagem. Segundo Primi (2003), não existe um fator de inteligência não verbal, pois a cognição faz uso da verbalização em maior ou menor intensidade. Nessa perspectiva, testes

psicológicos concebidos como não verbais apenas diferem dos denominados verbais por não necessitarem do conhecimento de uma língua (escrita ou falada), podendo ser utilizados, por exemplo, por estrangeiros ou analfabetos. Desse modo, de acordo com o referido autor, é teoricamente equivocado utilizar a expressão “não verbal” para se referir a um tipo de inteligência. Contudo, visando a manter o alinhamento com a literatura da área e consequentemente a padronização da informação, no presente capítulo utilizaremos a expressão “inteligência não verbal” para nos referir a uma categoria específica de inteligência.

Para melhor compreender essa questão, buscamos neste capítulo abordar alguns tópicos relevantes. Inicialmente apresentaremos, de forma breve, o conceito de inteligência e a teoria mais moderna e abrangente que busca explicar sua estrutura e seu modo de funcionamento. Em seguida abordaremos, separadamente, a avaliação não verbal da inteligência e a avaliação da inteligência não verbal. Por fim, mostraremos algumas pesquisas na área e as considerações finais sobre o assunto deste capítulo.

INTELIGÊNCIA: DEFINIÇÃO E TEORIA DE CATTELL-HORN-CARROLL

Assim como diversos outros construtos estudados pela ciência psicológica, a inteligência também não apresenta um consenso entre teóricos para sua definição. No entanto, as tentativas de conceituá-la e defini-la trazem pontos semelhantes. Para Sternberg (2000), a inteligência pode ser compreendida como a capacidade que o indivíduo apresenta para aprender, por meio das experiências, a adaptar-se ao ambiente em que vive, fazendo uso de processos metacognitivos, os quais tornam a aprendizagem e a adaptação mais bem-sucedidas. Concordando, Roazzi, O'Brien, Souza, Dias e Roazzi (2008) pontuam que a inteligência envolve habilidades para que se compreenda e se lide com situações novas, que se saiba conhecer e manipular o ambiente, se raciocine de forma abstrata, se compreendam informações complexas e se aprenda a partir de experiências.

Então, aspectos como aprendizagem, adaptação e raciocínio tendem a estar presentes nas definições sobre inteligência. Porém, é preciso entendermos que, apesar de percepções conciliatórias sobre a inteligência, ela pode ser estudada por meio de diversas abordagens. Para Laros, Valentini, Gomes e Andrade (2014), há três enfoques de estudos: experimental (como funciona a inteligência e quais os processos cognitivos envolvidos); diferencial (quais as capacidades cognitivas fazem o indivíduo ter um perfil cognitivo, implicando as diferenças individuais); e evolutivo (como se desenvolve a inteligência). Esses enfoques, respectivamente, referem-se às abordagens explicativas da inteligência, descritas por Almeida (1994) como: cognitivista, psicométrica e desenvolvimentista. Ainda, no enfoque experimental/cognitivista, podemos incluir a neurociência cognitiva, que tem como objetivo identificar e relacionar os processos cognitivos com os aspectos estruturais e funcionais do cérebro (Hunt, 1999; Posner & Digirolamo, 2000).

Esses enfoques e essas abordagens são complementares e igualmente importantes para o conhecimento sobre a inteligência, pois se trata de um construto com um percurso desenvolvimental. Há processos cognitivos envolvidos (p. ex., atenção, percepção, memória e linguagem), relacionados a determinadas partes do cérebro, que se apresentam por meio de diversas capacidades, de forma diferente nos indivíduos. Ao realizar uma avaliação da inteligência, é necessário considerar todas essas variáveis. No presente capítulo, pontuaremos de maneira mais detalhada os tipos de capacidades relacionadas à inteligência (abordagem psicométrica), mas é importante que se tenha ciência de que, ao avaliar uma ou outra capacidade específica, não se está avaliando a inteligência como um todo, apenas uma parcela (por vezes, ínfima) dela.

Para abordar as capacidades da inteligência, utilizaremos o modelo de Cattell-Horn-Carroll (CHC) das habilidades cognitivas (McGrew, 2007), o qual vem sendo utilizado como base para o desenvolvimento dos principais instrumentos e baterias que mensuram esse construto psicológico. Esse modelo, bastante aceito no universo acadêmico devido ao seu histórico em comprovações científicas e cuidados com o aprimoramento, refere-se à integração do modelo de Cattell (Gf-Gc), Horn (modelo hierárquico) e Carroll (modelo dos três estratos). Esses modelos pressupõem a multidimensionalidade e a hierarquização da estrutura da inteligência. Dessa forma, o modelo CHC é arquitetado por uma estrutura hierárquica composta por três níveis. O primeiro nível, que é a base, é formado por aproximadamente 80 habilidades da inteligência,

como, por exemplo, raciocínio indutivo. O segundo nível é composto pelas dimensões amplas, como raciocínio fluido, relacionadas às habilidades do nível I. Por exemplo, o raciocínio fluido engloba a habilidade de raciocínio indutivo. Por fim, o nível três, topo da hierarquia, é identificado por única dimensão, denominada geral, e que tem relação com os demais níveis (McGrew & Flanagam, 1998). A Figura 4.1 é uma representação do modelo.

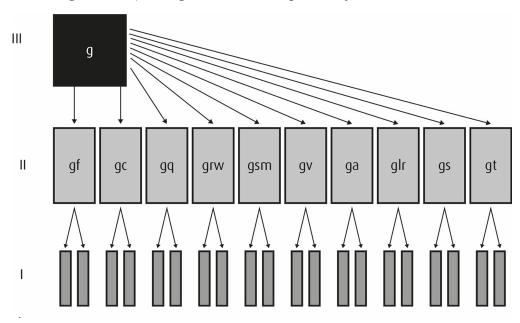



Figura 4.1 Teoria CHC das habilidades cognitivas (McGrew, 2007).

No início, o modelo CHC configurava-se com 10 capacidades/dimensões amplas da inteligência, como pode ser visto na Figura 4.1. Mas, a partir de 2009, seis novas capacidades (Gkn – conhecimento geral, Gh – habilidades táteis, Gk – habilidades cinestésicas, Go – habilidades olfativas, Gp – habilidades psicomotoras e Gps – velocidade psicomotora) foram incorporadas (McGrew, 2009). Atualmente, Schneider e McGrew (2012) mantêm as 16, mas com alterações na nomenclatura e em algumas definições e nova compreensão de agrupamento entre elas.

Como podemos observar no Quadro 4.1, as capacidades Gh e Gk ainda não estão bem definidas quanto às habilidades que as compõem, indicando que o modelo ainda se encontra em fase de construção teórica e empírica. Assim, é possível que, daqui a alguns anos, outras capacidades possam configurar nessa arquitetura da inteligência, como, por exemplo, a inteligência emocional, que, apesar de diversas comprovações empíricas, ainda não foi elencada no modelo CHC.

QUADRO 4.1
Definição das capacidades do modelo CHC e algumas habilidades relacionadas

Capacidade/dimensão	Definição	Habilidades
Inteligência fluida (Gf)	Refere-se às operações mentais de raciocínio que o indivíduo realiza diante de situações novas que não podem ser realizadas de modo automático e que dependem minimamente de conhecimentos adquiridos.	Indução, raciocínio sequencial geral, etc.
Memória de curto prazo (Gsm)	Capacidade de codificação, manutenção e manipulação de informações na consciência por um espaço de tempo curto para	Extensão de memória, memória de trabalho, etc.

	poder readquiri-las logo em seguida.	
Capacidade, armazenamento e recuperação da memória de longo prazo (Glr)	Ligada à extensão e à fluência de informação ou conceitos readquiridos da memória de longo prazo por associação. Está ligada também ao processo de armazenamento e recuperação posterior por associação.	Memória associativa, fluência de ideias, etc.
Velocidade de processamento (Gs)	Envolve desempenho e fluência em tarefas simples que exigem atenção concentrada por um determinado período.	Velocidade perceptual, facilidade numérica, etc.
Rapidez de decisão (Gt)	Refere-se à velocidade de reação ligada à capacidade de responder às tarefas cognitivas mais complexas, envolvendo problemas de compreensão, raciocínio e solução de problemas associados à rapidez em reagir ou tomar decisões.	Tempo de reação para escolhas, velocidade de processamento semântico, etc.
Inteligência cristalizada (Gc)	Extensão e profundidade dos conhecimentos adquiridos de determinada cultura, bem como a aplicação dos conhecimentos aprendidos previamente.	Desenvolvimento da linguagem, conhecimento lexical, etc.
Leitura e escrita (Grw)	Habilidades básicas exigidas no entendimento de textos e vocábulos escritos, incluindo a capacidade elementar (decodificação em leitura e ortografia) e complexa (compreensão de texto e composição de histórias).	Compreensão de leitura, velocidade de leitura, etc.
Conhecimento quantitativo (Gq)	Refere-se à profundidade e à amplitude de conhecimentos relacionados à matemática.	Conhecimento de matemática e desempenho em matemática.
Processamento visual (Gv)	Capacidade de gerar, perceber, analisar, armazenar, relembrar, manipular, transformar e raciocinar com representações ou padrões visuais. Está vinculada aos diferentes aspectos do processamento de imagens (geração, transformação, armazenamento e recuperação).	Visualização, rotação/relações espaciais, etc.
Processamento auditivo (Ga)	Percepção, análise e síntese de padrões sonoros. Não tem relação direta com a compreensão, mas afeta o desenvolvimento da linguagem oral, pois está relacionada a processamentos básicos como codificação fonética. Não se refere à entrada sensorial, mas, sim, ao raciocínio que o cérebro faz com as informações auditivas.	Discriminação geral de sons, codificação fonética, etc.
Conhecimento geral (Gkn)	Amplitude e profundidade de conhecimentos adquiridos sobre um domínio específico que não representam experiências universais gerais típicas de um indivíduo com a cultura.	Proficiência em língua estrangeira, língua de sinais, etc.
Habilidades táteis (Gh)	Capacidade de detectar e processar informações significativas em sensações táteis. Gh não se refere à sensibilidade do toque, mas ao processo cognitivo que se faz com sensações táteis.	Sem comprovação científica sustentada, mas parece envolver memória tátil, visualização tátil, conhecimento de textura, etc.
Habilidades cinestésicas (Gk)	Capacidade de detectar e processar informações significativas em sensações proprioceptivas.	Não há conhecimento das habilidades envolvidas.
Habilidades olfativas (Go)	Capacidade de detectar e processar informações significativas referente a odores. Não diz respeito à sensibilidade do sistema olfativo, mas ao processo cognitivo que se faz com as informações que o nariz é capaz de enviar.	Memória olfativa.
Habilidades psicomotoras (Gp)	Diz respeito a movimentos motores do corpo com coordenação ou força. A habilidade para executar exige destreza, precisão e fluência entre vários movimentos.	Força estática, coordenação de membros, etc.

Velocidade psicomotora (Gps)	Habilidade de executar movimentos motores com o corpo de maneira rápida e fluente, como, por exemplo, escrever uma palavra repetidamente o mais rápido possível.	Velocidade do movimento dos membros, tempo de movimento, etc.

Esse modelo indica, portanto, que existe uma variabilidade em termos de capacidades relacionadas à inteligência. Com isso, não se deve referir que um sujeito é ou não inteligente, e, sim, que apresenta algumas capacidades (quaisquer que sejam elas) mais desenvolvidas do que outras. Para identificar a proficiência em uma ou outra capacidade cognitiva, podem-se utilizar os testes psicológicos. Contudo, salientamos que mesmo o melhor teste psicológico não abrange todas essas capacidades e, por essa razão, o profissional deve contar com outras ferramentas. Isto é, apesar de o teste ser o principal instrumento em uma avaliação da inteligência (lembrando que qualquer resultado deve estar contextualizado com questões sociais, históricas, demais técnicas e até mesmo com o comportamento do sujeito no momento da realização do teste), é importante ter conhecimento de outras técnicas capazes de fornecer informações sobre esse construto. Dentro desse escopo, há a avaliação não verbal da inteligência, assunto que explicaremos em detalhes no próximo tópico.

AVALIAÇÃO NÃO VERBAL DA INTELIGÊNCIA

Retomando o que esclarecemos no início do texto, na literatura encontra-se a expressão "avaliação não verbal da inteligência" para se referir a uma forma de coleta de informações sobre a inteligência na qual o uso da leitura, da escrita e da fala na interação avaliador-avaliado, por algum motivo, é inexistente, precário ou secundário. Assim, nesta parte do capítulo abordaremos estratégias que não utilizam os componentes verbais, supracitados, como forma de mediação principal para avaliar as capacidades da inteligência.

A avaliação não verbal vai muito além dos instrumentos padronizados, indicando que outras estratégias podem ser utilizadas para verificar as capacidades dos indivíduos e complementar a avaliação cognitiva. Essas técnicas podem ser utilizadas junto a todos os sujeitos, inclusive àqueles que ainda estão desenvolvendo as habilidades de fala, escrita ou leitura. Entre essas técnicas, podemos citar a observação. A observação é muito importante, pois, por meio da interação com o ambiente, é possível identificar a capacidade do sujeito em perceber as informações, atentar aos estímulos e aprender com os acertos e os erros ou com o ensino de um mediador.

No que se refere especificamente às crianças, deve-se ter em consideração que as capacidades da inteligência ainda estarão em desenvolvimento e, dependendo da idade, é muito difícil, para não dizer impossível, traçar um perfil consolidado. No entanto, é viável verificar a adaptação da criança ao ambiente, sua forma de interagir, de pensar e agir diante das situações impostas. Pires (2017) afirma que a observação permite focar em comportamentos específicos da criança, determinando sua frequência e duração, bem como na forma de funcionamento em situações que requerem planejamento, raciocínio e tomada de decisão.

A observação pode ocorrer em qualquer contexto, como no consultório (incluindo a sala de espera), em casa (visitas domiciliares) ou na escola, e pode ser realizada durante a execução de atividades livres (p. ex., brincar de boneca) ou estruturadas (p. ex., jogo de xadrez). Por exemplo, Letícia (3 anos e 4 meses) estava no consultório de sua psicóloga brincando de boneca. Em determinado momento da brincadeira, decidiu que as bonecas iriam passear, mas identificou que o carro não comportava todas elas. Rapidamente levantou, pegou os sapatos dela e colocou as bonecas menores dentro. Após isso, todas as bonecas saíram para passear em seus respectivos carros. Artur (2 anos e 7 meses) estava no consultório de sua psicóloga brincando com cubos de plástico coloridos. Pegava um por um, contando em voz alta, e os empilhava, do maior para o menor. Tanto Letícia quanto Artur revelaram comportamentos estratégicos inteligentes.

Ao observar uma criança explorando o ambiente, no qual obstáculos e desafios aparecem, identificar a forma como ela lida é um indicativo da sua inteligência, ressaltando a importância de considerar idade e recursos (material e humano) disponíveis no percurso do seu desenvolvimento cognitivo. Como descrito por Mecca, Antônio, Rabelo, Valentini e Macedo (2014), as experiências ambientais na infância são essenciais para posterior desenvolvimento de habilidades complexas, como as funções executivas, leitura, escrita e matemática.

Muniz (2014) faz menção a diversas situações do ambiente escolar, na dinâmica da sala de aula, em que podem ser visualizadas habilidades relacionadas às 16 capacidades da inteligência que formam o modelo CHC. Diversas experiências apontadas não dependem do fator predominantemente verbal, e muitas podem ser observadas, sem que se exija uma demanda da expressão falada, escrita ou lida na interação entre observador e observado, o que pode ser

generalizado para situações, em outros ambientes, entre avaliador e avaliado. Dessa forma, em sala de aula, o raciocínio fluido, que tem como habilidades a inferência, a formação de conceitos, a classificação de variáveis, além da capacidade de gerar hipóteses e testar ideias e identificar semelhanças e diferenças entre informações, pode ser verificado, por exemplo, por meio da resolução de alguma tarefa nova na qual é preciso unir informações, analisando-as para descobrir relações. Nesse momento, por meio da observação, o professor pode identificar como cada aluno raciocina, interage com os colegas e propõe estratégias para solucionar o problema.

Outra maneira com menos demanda verbal é propor jogos. Um simples quebra-cabeça, jogo de memória com itens pictóricos, dominó, xadrez ou *videogames* podem revelar habilidades visuoespaciais, memória de curto prazo, memória de longo prazo, memória de trabalho, velocidade de processamento, rapidez na tomada de decisão e raciocínio fluido. Ressaltamos que, ao utilizar a técnica da observação, o psicólogo precisa estar atento à idade da criança a fim de verificar se ela já apresenta a habilidade mínima necessária para a execução de determinada tarefa. Caso contrário, inferências indevidas poderão ser feitas. Isso indica que é fundamental que o psicólogo domine, entre outros conteúdos, tópicos relacionados ao desenvolvimento infantil.

Outra possibilidade para o profissional avaliar a inteligência sem o auxílio da fala, da escrita ou da leitura, como apontamos no início desta seção, é o uso de testes psicológicos. McCallum e Bracken (2012) afirmam que, nos Estados Unidos, é cada vez mais comum encontrar instrumentos não verbais para a avaliação cognitiva, pois há dados que mostram a existência de milhões de norte-americanos surdos ou com alguma deficiência auditiva, com limitações na linguagem para se comunicar, com condições neurológicas e/ou psiquiátricas que prejudicam a comunicação verbal e com a primeira língua diferente do inglês. Em todos os países, têm-se essas populações e, independentemente da quantidade, é necessário ter instrumentos para avaliar qualquer indivíduo. No capítulo escrito por esses autores, eles apresentam o The Universal Nonverbal Intelligence Test (UNIT), que não requer linguagem receptiva ou expressiva do avaliador ou avaliado.

No Brasil, há um teste disponível para uso, aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que se assemelha ao UNIT, que é o TONI-3: Teste de Inteligência Não Verbal (Brown, Sherbenou, & Johnsen, 2006). Para a aplicação desse instrumento, o avaliador não faz uso da fala nem da escrita, somente utiliza gestos para explicar sobre o que deve ser feito durante o teste. Da mesma forma, não é demandado que o avaliando utilize a fala, a escrita ou a audição. Ele apenas precisa apontar a resposta correta diante de uma tarefa impressa em um caderno de itens. O instrumento TONI--3 será mais bem descrito na próxima seção, onde abordaremos a avaliação da inteligência não verbal.

Outros instrumentos com parecer favorável pelo CFP, como o Teste Não Verbal de Raciocínio para crianças (TNVRI) (Pasquali, 2005) e o Teste Não Verbal de Inteligência Geral (BETA III) (Rabelo, Pacanaro, Leme, Ambiel, & Alves, 2011), que também descreveremos melhor na próxima seção, tendem a efetuar uma avaliação não verbal da inteligência, mas limitando esse “não verbal” à realização da tarefa, pois as instruções são todas transmitidas pela linguagem falada ou escrita, exigindo que o sujeito ouça ou leia para compreender o que deve ser feito. Com isso, há cada vez mais a necessidade de desenvolvermos instrumentos psicológicos que pouco ou nada necessitem da fala, da escrita ou da leitura e que outras formas de interação, como a sinalização somente, estejam presentes.

Salientamos que a maioria dos instrumentos disponíveis para a avaliação não verbal da

inteligência apresenta instruções transmitidas de forma verbal pelo psicólogo, exigindo do respondente um certo grau de conhecimento de vocabulário. Isto é, o avaliando deve ter certo domínio da língua para compreender as instruções do instrumento. Essa demanda da fala pode ser um impeditivo em diversos momentos, quando precisamos, por exemplo, mensurar a inteligência junto a crianças surdas ou que apresentem transtorno do espectro autista (TEA).

Nessa perspectiva, é importante lembrar que a aplicação de qualquer teste deve seguir a padronização descrita nos manuais para que se possa preservar a sistematização utilizada nos estudos de validade e precisão. Qualquer mudança poderá interferir negativamente nos parâmetros psicométricos e invalidar o uso do teste. Por exemplo, um instrumento que foi validado com a padronização incluindo tempo limite para a execução da tarefa não poderá ser aplicado sem essa regra. Somente para ilustrarmos uma implicação do não uso do limite do tempo, podemos nos referir à inviabilidade das tabelas normativas, ou seja, é injusto e errado comparar um indivíduo que realizou o teste sem a pressão do tempo com outro que o fez sob o efeito dessa variável.

Bom, mas por que estamos discutindo esse ponto neste capítulo? Justamente porque dependendo do sujeito a ser avaliado, como nos exemplos mencionados anteriormente, crianças surdas ou com TEA, pode ser necessário efetuar mudanças na aplicação. Porém, ao modificar a aplicação, o instrumento passa a ser uma técnica complementar e a sistematização da correção, a interpretação e o uso das tabelas normativas não poderão ser utilizados. Esse tipo de mudança tende a ocorrer mais em avaliações neuropsicológicas, nas quais muitos indivíduos, por conta de um quadro neurológico, apresentam limitações na fala, na escrita e/ou nos processos cognitivos (p. ex., atenção, memória, percepção e linguagem). Nesse sentido, Lezak, Howieson e Loring (2004) apontam que tais modificações se tornam importantes, uma vez que o quadro clínico impossibilita a padronização da aplicação e, sendo assim, a análise por meio da realização das tarefas do instrumento pelo indivíduo deve ser embasada na observação qualitativa das respostas, considerando somente o desempenho do próprio sujeito, verificando as dificuldades, as facilidades e a compreensão dele no processo de execução e resposta nas tarefas.

Imaginemos, por exemplo, que um avaliador pretende aplicar um teste cognitivo em uma criança com TEA, a qual apresenta dificuldade para se comunicar. Em uma situação como essa, ele pode precisar alterar as instruções para poder alcançar seu respondente. Em vez de explicar verbalmente, ele poderia servir de modelo para a resolução da tarefa. Isto é, montaria um pequeno quebra-cabeça na frente da criança e solicitaria que ela fizesse outro apontando para as peças iguais às suas. Poderia montar e desmontar, gesticulando, para que o indivíduo reproduzisse a ação. E isso poderia ser realizado diversas vezes. Nesse caso, ao alterar a instrução, ficaria impossibilitado de utilizar as tabelas normativas disponibilizadas no manual do instrumento. Essa avaliação qualitativa, portanto, deve ser efetivada com muita cautela, pois pode implicar erros de interpretação e, consequentemente, de diagnóstico.

Percebe-se, pois, que é possível realizar a avaliação não verbal de aspectos cognitivos com o auxílio de diversas ferramentas psicológicas, como a observação (durante a realização das entrevistas lúdicas, nas quais o brincar acontece de forma livre ou planejada) e os testes psicológicos (seja na forma padronizada ou utilizando-os como técnica complementar). Ressalta-se que, independentemente da técnica, o profissional deve apresentar domínio da tarefa, o que exige uma formação de qualidade, seja durante a graduação ou a pós-graduação, para o desenvolvimento das competências necessárias para que realize uma avaliação cognitiva com qualidade.

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA NÃO VERBAL

Conforme apontamos no início do capítulo, autores na área da inteligência tendem a utilizar a expressão "avaliação da inteligência não verbal" para se referir aos casos em que a escrita, a leitura e a fala não estão explícitas nos processos cognitivos envolvidos, ou seja, tanto a tarefa quanto a demanda cognitiva para resolvê-la se sustentam em componentes pictóricos ou imagéticos. Essa avaliação pode ser realizada por meio do procedimento não verbal, lembrando que a inteligência não verbal se refere a um tipo específico de capacidade cognitiva, que, usando como referência o modelo CHC, corresponde a diversas habilidades, como inteligência fluida, processamento visual e habilidade psicomotora.

Para avaliar a inteligência, comumente tem sido utilizado pelos profissionais o teste psicológico, considerado o principal instrumento para a avaliação desse construto. Identificamos um volume grande de testes aprovados pelo CFP, verbais e não verbais, para a avaliação da inteligência. Ao avaliar a inteligência, é importante que sejam utilizados testes de ambos os tipos, pois, apesar de as habilidades não verbais serem reconhecidamente parte importante da inteligência (Silverman, 2009), não se configuram como única medida. Ao recorrermos apenas aos testes verbais, ignoramos a existência das escalas de não verbais (e vice-versa) como uma medida de inteligência, gerando um problema na medida geral obtida (Ammerman, Van Hasselt, & Hersen, 1986; Warren, 1994). O risco de usarmos apenas um tipo de escala no processo avaliativo está ligado à possibilidade de obter um quadro incompleto e unilateral, tendo em vista que se referem a apenas uma parcela da estrutura mental. Só com o uso dos dois tipos de teste (verbais e não verbais), juntos, é que se tem uma indicação válida do nível e do perfil de inteligência.

No que concerne especificamente à avaliação da inteligência não verbal, identificamos entre os testes psicológicos aprovados para uso (aproximadamente 15%) a mensuração de apenas algumas das habilidades dispostas no modelo CHC. Entre essas habilidades, as mais comumente avaliadas são a inteligência fluida (p. ex., raciocínio sequencial geral e indução) e o processamento visual (p. ex., visualização e rotação/relações espaciais). Conforme citamos anteriormente, é importante que o psicólogo compreenda exatamente o que está avaliando para que não faça inferências que extrapolem o escopo do teste. Por exemplo, utilizar um teste que avalia apenas o raciocínio indutivo (Gf) e, na hora de redigir o laudo, fazer conjecturas acerca do desenvolvimento da linguagem (Gc) do paciente.

A seguir descrevemos de forma sucinta os testes de inteligência não verbal disponíveis para uso no Brasil. Ressaltamos que as informações aqui apresentadas devem ser periodicamente revisadas, pois os instrumentos apresentam-se em constante aprimoramento. Alguns dos instrumentos aqui listados, por exemplo, vão ultrapassar o prazo proposto para a padronização (15 anos) em 2018. Se os autores não apresentarem novos estudos, tais testes passarão a constar na lista de instrumentos desfavoráveis.

Testes de inteligência não verbal para crianças

Como mencionamos, é possível encontrar diversos testes aprovados pelo CFP para uso profissional. A consulta aos testes aprovados é realizada por meio do Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi), na página eletrônica do CFP. Há instrumentos para crianças e

adultos. Os infantis são: Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR); Escala de Maturidade Mental Columbia; Teste Não Verbal de Inteligência para crianças – R2; TNVRI; TONI-3 (Forma A): Teste de Inteligência Não Verbal; e Teste Não Verbal de Inteligência – SON-R 2½-7[a].

O Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999) foi desenvolvido para avaliar a inteligência geral de crianças de 5 a 11 anos. Tal teste mensura relações figurais da cognição, habilidade espacial, acurácia de discriminação, raciocínio por analogia, relações lógicas e inferências. Ele é construído por matrizes, as quais têm um elemento faltante, e o examinando deve dizer qual pedaço, entre seis alternativas, completa a matriz. É um instrumento muito popular, pois é um teste não verbal, com influências sociais reduzidas, de fácil administração, que pode ser conduzido individualmente ou em grupos, sem tempo limite e de forma rápida. O teste recebeu, em 2003, parecer favorável do CFP.

A Escala de Maturidade Mental Columbia (Alves & Duarte, 2001) tem por objetivo fornecer uma estimativa da capacidade de raciocínio geral de crianças de 3 a 9 anos. Tal instrumento contém 95 cartões, dos quais três são exemplos, divididos em oito níveis crescentes de dificuldade. Cada cartão tem de três a cinco desenhos impressos, que podem ser figuras geométricas, pessoas, animais, plantas ou objetos. A tarefa é indicar, de maneira não verbal, qual desenho difere dos demais ou não apresenta relação com os demais itens da série, demonstrando capacidade de discriminar vários tipos de símbolos e emitir conceitos de generalizações entre eles. Cada criança deve responder somente a um subconjunto de 55 a 66 itens, considerados os mais adequados para sua idade cronológica. A escala é administrada individualmente, por avaliador treinado. O teste recebeu parecer favorável do CFP em 2003.

O Teste Não Verbal de Inteligência para crianças – R2 (Rosa & Alves, 2000) é derivado do Teste Não Verbal de Inteligência – R1. É composto por 30 itens, os quais devem ser aplicados em uma determinada sequência, de modo exclusivamente individual. A tarefa a ser realizada é semelhante à solicitada no teste das Matrizes Progressivas, qual seja: completar uma figura com uma das alternativas apresentadas de acordo com o tipo de raciocínio envolvido. Crianças de 5 a 11 anos podem responder a esse teste, que recebeu, em 2003, parecer favorável do CFP.

O Teste Não Verbal de Raciocínio para Crianças (TNVRI) (Pasquali, 2005) é composto por 58 figuras que avaliam o raciocínio analógico abstrato e concreto. Pode ser aplicado em crianças de 5 anos e 9 meses a 13 anos e 3 meses, de forma individual ou coletiva, exceto com crianças pequenas (até os 7 anos), para as quais deve prevalecer a administração individual. Caso seja utilizado o modo coletivo, não devem ser testadas mais do que 10 crianças por vez. O TNVRI foi construído com base no teste das Matrizes Progressivas e apresenta a mesma configuração: um desenho com uma parte faltante, a qual deve ser assinalada entre as opções de resposta. O teste recebeu parecer favorável do CFP em 2005.

O TONI-3: Teste de Inteligência Não Verbal (Brown et al., 2006) avalia a inteligência geral por meio da resolução de problemas (desenhos de figuras abstratas) que não requerem leitura, escrita, fala ou audição. Pode ser administrado junto a crianças de 6 a 10 anos, de modo individual. Assim como os outros testes de inteligência não verbal, não depende da linguagem, requerendo pouca habilidade motora e pequena carga cultural. Nesse teste, o examinador transmite a instrução apenas por gestos. O sujeito responde apontando ou utilizando outro gesto significativo. O teste recebeu, em 2007, parecer favorável do CFP.

O Teste Não Verbal de Inteligência – SON-R 2½-7[a] (Laros, Tellegen, Jesus, & Karino,

2015) é um teste não verbal que avalia as habilidades espaciais e visuomotoras, raciocínio abstrato e concreto. É composto por quatro subtestes: Mosaicos, Categorias, Situações e Padrões, os quais devem ser administrados nessa ordem. Os quatro subtestes compõem a escala de raciocínio (Categorias e Situações) e a escala de execução com enfoque espacial (Mosaicos e Padrões). A aplicação é individual e dura aproximadamente 30 minutos por respondente. Deve ser aplicado em crianças de 2 anos e 6 meses a 7 anos e 11 meses. O teste recebeu parecer favorável do CFP em fevereiro de 2012.

É importante ressaltar que, apesar de alguns instrumentos (TONI-3, R2, Columbia e MPCR) informarem em seus respectivos manuais que avaliam a inteligência ou o raciocínio geral, seria importante que especificassem exatamente quais capacidades/habilidades da inteligência realmente são mensuradas. Conforme apontamos anteriormente, os testes não verbais não avaliam capacidades que exigem habilidades verbais, como, por exemplo, leitura e escrita, inteligência cristalizada e conhecimento geral. Por isso, uma avaliação mais completa da inteligência necessita de outros testes que mensurem também essas capacidades. Ainda é relevante que se atente para que tipo de capacidade não verbal está sendo avaliada, pois o teste Matrizes Progressivas de Raven, por exemplo, tende a avaliar o raciocínio indutivo, e não todas as capacidades não verbais. Esse apontamento se aplica também aos testes de inteligência não verbal para adultos, que serão apresentados a seguir.

Testes de inteligência não verbal para adultos

Diversos testes de inteligência não verbal podem ser administrados junto à população adulta. Entre os aprovados pelo CFP, podem-se citar: Teste Matrizes Progressivas de Raven; Teste Não Verbal de Inteligência – R1; Teste Não Verbal de Inteligência G-36; Teste Não Verbal de Inteligência G-38; Teste de Raciocínio Analógico Dedutivo (TRAD); Teste Equicultural de Inteligência (TEI); Teste dos Relógios; Teste Conciso de Raciocínio (TCR); Teste de Raciocínio Inferencial (RIn); Teste de Inteligência Geral – Não Verbal (TIG-NV); Teste dos Cubos; Teste Não Verbal de Inteligência Geral (Beta III); Teste de Inteligência (TI); Teste Matrizes de Viena-2 (WMT-2); e Teste Matrizes Progressivas Avançadas de Raven (APM).

O Teste Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral – Séries A, B, C, D e E (Raven, 2008) é composto por séries de matrizes nas quais falta uma parte. Solicita-se à pessoa que assinale a alternativa que mais lhe parece adequada, entre seis ou oito opções de resposta, para completar adequadamente o espaço em branco. O teste é formado por cinco séries (A, B, C, D e E), com 12 problemas cada uma, totalizando 60 itens, e cuja dificuldade de resolução aumenta gradualmente. No Brasil, apresenta normas para avaliação a partir dos 13 anos. É uma das ferramentas mais difundidas para a mensuração da inteligência, revelando a capacidade do sujeito de identificar relações existentes entre figuras. Avalia, portanto, o raciocínio indutivo, a capacidade de fazer analogias e comparações. Recebeu aprovação do CFP em 2003.

O Teste Não Verbal de Inteligência – R1 (Alves, 2012) é composto por 40 itens, os quais apresentam uma figura com um espaço em branco que precisa ser completada com uma das opções de resposta que variam de seis a oito. As respostas devem ser indicadas de forma não verbal e registradas na folha de resposta. Diferentemente do teste Matrizes Progressivas, os itens apresentam figuras de objetos concretos e não figuras geométricas. A aplicação pode ser realizada de modo individual ou coletiva, por pessoas com escolaridade a partir do ensino

fundamental. O limite de tempo para a aplicação é de 30 minutos. O teste recebeu parecer favorável do CFP em 2003.

O Teste Não Verbal de Inteligência G-36 (Boccalandro, 2010a) também foi construído com base no Matrizes Progressivas. É composto por problemas lógicos nos quais falta um pedaço, o qual deve ser indicado entre as seis opções de resposta. São 36 questões que variam tanto em termos de dificuldade quanto no tipo de raciocínio demandado. Pode ser aplicado sem restrições em adultos de qualquer grau de instrução, de forma individual ou coletiva, sem limite de tempo (média de 45 minutos). O Teste Não Verbal de Inteligência G-38 (Boccalandro, 2010b) surgiu da necessidade de reavaliação de sujeitos que já haviam sido avaliados pelo G-36. Logo, apresenta as mesmas características, diferenciando-se apenas pela quantidade de questões, nesse caso 38. Ambos foram aprovados pelo CFP em 2003.

O Teste de Raciocínio Analógico Dedutivo (TRAD) (Pasquali, 2012) foi construído com base no teste Matrizes Progressivas e tem por objetivo mensurar o raciocínio analógico dedutivo. São 30 itens, cada um deles composto por figuras distintas que apresentam entre si uma correspondência ou uma relação de semelhança. Entre as opções de resposta, o sujeito deve deduzir a única opção correta. O teste pode ser administrado junto a adolescentes e adultos, de forma individual ou coletiva, durando aproximadamente 40 minutos. Recebeu parecer favorável do CFP em 2003.

O Teste Equicultural de Inteligência (TEI) (Andrade & Alves, 2002) busca avaliar a inteligência a partir da habilidade perceptiva de seus respondentes. Tem quatro subtestes, os quais se baseiam na Gestalt da percepção: Percepção de Séries, Capacidade de Classificação, Continuidade de Matrizes ou Conjuntos e Estruturação do Campo Perceptivo (Topologia). Pode ser aplicado de modo individual ou coletivo, em adolescentes e adultos, a partir do ensino fundamental. A aplicação dura aproximadamente 25 minutos. Obteve a aprovação do CFP em abril de 2003.

O Teste dos Relógios (Souza & Cambraia, 2002) é composto por 40 itens, nos quais existem nove relógios (com ponteiros de horas e de minutos), cada qual marcando uma hora. No último relógio de cada problema, o mostrador aparece inteiramente em branco. O sujeito deve examinar a sequência de relógios e deduzir a resposta correta, indicando qual das alternativas resolve a questão proposta. O tempo de aplicação foi estabelecido em 30 minutos para pessoas com escolaridade até ensino médio e, em 20 minutos, para aqueles com ensino superior. Pode ser aplicado de forma individual ou coletiva em sujeitos adultos. O teste recebeu, em 2003, parecer favorável do CFP.

O Teste Conciso de Raciocínio (TCR) (Sisto, 2006a) foi desenvolvido para avaliar a inteligência geral por meio de 20 itens organizados por ordem de dificuldade. Os itens apresentam figuras geométricas em sequência e que contêm uma parte faltando. As pessoas devem apontar, entre as alternativas, a que melhor completa o desenho. São quatro séries com cinco problemas cada. Nas duas primeiras séries (A e B), têm-se quatro alternativas de resposta e, nas duas últimas (C e D), são seis alternativas. Pode ser administrado de forma individual ou coletiva, e o tempo de aplicação é de 15 minutos. Pode ser respondido por pessoas de 18 a 73 anos, candidatas à Carteira Nacional de Habilitação (CNH). Recebeu parecer favorável do CFP em 2006.

O Teste de Raciocínio Inferencial (RIn) (Sisto, 2006b) avalia a inteligência ou o fator *g* por meio do raciocínio inferencial. Cada item tem uma sequência de figuras geométricas, faltando uma figura ao final. É solicitado ao participante que complete a sequência. É dividido em quatro

séries organizadas por ordem de dificuldade, sendo que, nas séries A e B, o sujeito tem quatro alternativas de resposta e, nas seguintes (C e D), a pessoa pode escolher entre seis alternativas. O instrumento é constituído por 40 itens, e sua aplicação é feita em 25 minutos. Pode ser administrado junto a pessoas de 10 a 70 anos. O teste recebeu parecer favorável do CFP em 2006.

O Teste de Inteligência Geral – Não Verbal (TIG-NV) (Tosi, 2008) é composto por 30 questões a serem resolvidas empregando vários tipos de raciocínio. Cada questão tem seis possibilidades de resposta, mas apenas uma delas é correta. Pode ser utilizado de forma individual ou coletiva, para pessoas do ensino fundamental, médio ou superior, nas idades de 10 a 79 anos. Não há limite de tempo para sua aplicação, mas verificou-se que o tempo médio de execução é de 30 a 40 minutos. Foi aprovado, em 2007, pelo CFP.

O Teste dos Cubos (Rueda & Muniz, 2012) visa a avaliar a capacidade de formar representações mentais visuais e manipulá-las, transformando-as em novas representações. É composto por 15 itens, os quais apresentam, na parte superior da folha, um desenho de um cubo e, abaixo dele, a instrução indicando uma, duas ou três rotações, dependendo do nível de dificuldade. O examinando deve executar mentalmente as rotações, considerando que, quando for solicitado duas ou três rotações, elas podem ser efetivadas na horizontal ou na vertical, mas nunca para o mesmo lado. Por fim, o sujeito deve assinalar entre as alternativas existentes a correta. Pode ser administrado junto a pessoas a partir dos 18 anos e escolaridade mínima equivalente ao ensino médio, de ambos os sexos. A aplicação pode ser efetivada de forma individual ou coletiva, em grupos de no máximo 20 pessoas, em um tempo de 30 minutos. Foi aprovado em novembro de 2011 pelo CFP.

O Teste Não Verbal de Inteligência Geral (Beta III) (Rabelo et al., 2011), no Brasil, é composto por dois subtestes: Raciocínio Matricial e Códigos, os quais têm como objetivo avaliar o raciocínio geral e a velocidade de processamento. O subteste Raciocínio Matricial é formado por 25 exercícios com pontos de interrogação em um dos quadrantes, que indicam que está faltando uma figura. Assim, a tarefa consiste em escolher uma das opções de respostas que substitui o ponto de interrogação. A aplicação para esse subteste é de 5 minutos. Já no subteste Códigos há 140 símbolos distribuídos em sete fileiras e, na parte superior, há nove símbolos e um número correspondente para cada um. A tarefa consiste em colocar o número certo embaixo de cada símbolo. O tempo de aplicação é de 2 minutos. Ambos os instrumentos podem ser utilizados tanto para avaliação individual quanto coletiva, com pessoas entre 14 e 83 anos. Não há obrigatoriedade de aplicação de ambos os subtestes, podendo-se optar por apenas um deles. Foi aprovado pelo CFP em 2011.

O Teste de Inteligência (TI) (Rueda & Castro, 2012) objetiva avaliar a capacidade de edução de relações, um dos elementos da inteligência geral proposto por Spearman. Possui 30 itens, nos quais o avaliando precisa identificar a parte que falta. Há seis opções de resposta (localizadas na parte inferior da folha), e somente uma é correta. Cada acerto equivale a 1 ponto, e o tempo para resolução é de 20 minutos. É um teste destinado a indivíduos entre 18 e 67 anos de forma individual ou coletiva. O parecer favorável foi recebido em 2011.

O Teste Matrizes de Viena-2 (WMT-2) (Formann et al., 2012) objetiva avaliar a inteligência não verbal de modo individual ou coletivo. Pode ser aplicado com limite de tempo (30 minutos) ou não. Tem se mostrado adequado para aplicação nos contextos clínico, organizacional e do trânsito, junto a uma população com idade entre 14 e 69 anos. Segundo os autores, é um instrumento útil por medir a inteligência por meio de tarefas livres de influências culturais. É

composto por 18 problemas de raciocínio matricial, cada qual com oito opções de resposta, sendo apenas uma a correta. O indivíduo submetido ao teste deve escolher a resposta que considera mais apropriada em cada problema, atingindo uma pontuação final que informa o seu nível intelectual global. O teste recebeu, em 2013, parecer favorável do CFP.

O Teste Matrizes Progressivas Avançadas de Raven (APM) (Raven, Raven, & Court, 2015) é considerado "padrão-ouro" mundial na avaliação da inteligência geral, fornecendo informações sobre a capacidade edutiva de seus respondentes. Pode ser administrado de forma individual ou coletiva, em contextos clínicos, organizacionais e técnicos, junto a indivíduos de 17 a 63 anos, com, no mínimo, o ensino superior em andamento. Pode ser aplicado com ou sem tempo limite. Quando aplicado com limite de tempo, deve durar 40 minutos. É composto por duas seções, sendo que a primeira contém 12 itens, que são um treinamento para a tarefa. A segunda seção é composta por 36 itens, que seguem o mesmo formato do primeiro caderno e que são utilizados para a avaliação do nível intelectual. Para cada item, são apresentadas oito opções de resposta, entre as quais apenas uma é considerada correta. Foi aprovado pelo CFP em 2015.

PESQUISAS RECENTES

Em pesquisas científicas, para garantir maior rigor metodológico na coleta dos dados, são usadas técnicas e/ou ferramentas padronizadas, como os testes psicológicos. Assim, nesta seção, apresentaremos algumas pesquisas internacionais e nacionais que demonstram a importância da mensuração da inteligência não verbal para que outras variáveis e o próprio indivíduo sejam mais bem compreendidos.

Pesquisas internacionais

Levantamos na literatura internacional diversas pesquisas que investigaram as características da inteligência não verbal. Visando a exemplificar algumas dessas pesquisas, realizamos uma breve busca utilizando o descritor *non-verbal intelligence* nos últimos cinco anos. Ao mostrar esses trabalhos, temos o objetivo de exemplificar como os testes psicológicos podem auxiliar na compreensão dos processos cognitivos de diversas populações. Verificamos maior volume de estudos junto a crianças e adolescentes, com ou sem transtorno psicológico/psiquiátrico.

Por exemplo, Verlinden e colaboradores (2014) avaliaram a relação entre as funções executivas e a inteligência não verbal e o *bullying* junto a crianças. Participaram da pesquisa 1.377 indivíduos, 48,3% do sexo masculino, com idade mínima de 5 e máxima de 9 anos, residentes da Holanda. Desse efetivo, 920 não estavam envolvidos em situações de *bullying*, mas o restante dividiu-se entre agressores (n = 163), vítimas (n = 194) e agressores/vítimas (n = 100). Diversos instrumentos foram utilizados, entre eles o SON-R 2½-7 para avaliação da inteligência não verbal. No que se refere especificamente à inteligência, foco deste capítulo, identificou-se que a probabilidade de envolvimento em situações de *bullying* (vítimas e agressores/vítimas) era menor conforme o índice no teste de inteligência aumentava.

Di Renzo, Di Castelbianco, Petrillho, Racinaro e Rea (2015) trabalharam com um público diferenciado: crianças com TEA. Os autores buscaram relacionar os níveis de inteligência e a sintomatologia do autismo após quatro anos de intervenção. Participaram 90 crianças, 80% do sexo masculino, com idades entre 2 anos e 5 meses e 16 anos e 5 meses. Foram utilizados como instrumentos a Leiter International Performance Scale – Revised (Leiter-R) e o Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Foram realizadas três mensurações: início, dois anos e quatro anos após o começo da terapia. Os resultados indicaram aumento nos índices de inteligência e diminuição nos escores referentes à sintomatologia do autismo ao longo do tratamento. Além disso, revelaram não haver diferença entre os sexos nessas medidas. Os dados apontaram que os escores de raciocínio fluido (começo da terapia) foram capazes de predizer os escores no ADOS após a idade de 4 anos.

Tikhomirova e colaboradores (2016) buscaram relacionar a inteligência não verbal e o desempenho em matemática na Rússia. Participaram 174 alunos, 44,8% do sexo masculino, com idade média de 15,77 anos (DP = 0,47). O instrumento utilizado para mensurar a inteligência não verbal foi o teste Matrizes Progressivas de Raven. Os resultados indicaram que a inteligência não verbal é um preditor do desempenho em matemática. Contudo, parece contribuir de modo diferente para as medidas de desempenho matemático, indicando que atividades matemáticas diferentes demandam habilidades cognitivas igualmente diversas.

Mungkhetklang, Crewther, Bavin, Goharpey e Parsons (2016) buscaram avaliar a funcionalidade das medidas de inteligência junto a adolescentes com deficiência intelectual. Participaram 23 adolescentes australianos, 65% do sexo masculino, com idade média de 14 anos e 1 mês. Os instrumentos utilizados foram a WISC-IV, o MPCR, o Teste de Inteligência Não Verbal (TONI-4) e o Wechsler Non-verbal Scale of Ability (WNV). Os resultados indicaram uma correlação alta entre os índices da WISC-IV e os obtidos nos três testes de inteligência não verbal. Identificou-se ainda que os participantes apresentaram um desempenho melhor nos testes não verbais do que nos verbais.

Uguccioni e colaboradores (2016) avaliaram a inteligência não verbal de pacientes com a síndrome Kleine-Levin (KLS), a qual caracteriza-se por períodos recorrentes de sono excessivo e alterações cognitivas e comportamentais. Participaram da pesquisa 122 pacientes com KLS e 42 pessoas sem a síndrome (grupo-controle). Diversos instrumentos foram utilizados, entre os quais se pode citar o Matrizes Progressivas de Raven. Dos 122 pacientes, 44 responderam em dois momentos diferentes a medida de inteligência. Os resultados apontaram que os pacientes sindrômicos alcançaram índices mais baixos do que aqueles do grupo-controle, indicando que esses sujeitos podem ter prejuízos em termos acadêmicos e profissionais.

Pesquisas nacionais

Na busca utilizando o descritor “inteligência não verbal” em bases de dados nacionais, é possível encontrar diversas pesquisas. Nos últimos dois anos, observamos trabalhos junto a crianças em idade escolar, motoristas de trânsito, pessoas com transtornos psicológicos/psiquiátricos, além de pesquisas abordando as propriedades psicométricas de instrumentos.

Por exemplo, alguns pesquisadores investigaram as habilidades cognitivas de crianças. Mecca, Dias, Seabra, Jana e Macedo (2016) buscaram verificar a relação entre as habilidades cognitivas do processamento visual e inteligência fluida com o desempenho em aritmética. Para tanto, avaliaram 51 crianças, 47% do sexo feminino, com idades entre 7 e 8 anos. Utilizaram como instrumento a Bateria de Visualização e Raciocínio da Leiter-R e uma prova de aritmética. Identificaram correlações positivas e significativas quando considerados os índices gerais e também os subtestes. Por exemplo, o índice geral de aritmética apresentou uma correlação de 0,48 ($p \leq 0{,}01$) com o índice geral da Bateria Leiter-R corroborando os dados da literatura, os quais apontam relação entre inteligência e desempenho aritmético.

Alves e Nakano (2015) realizaram uma pesquisa junto a participantes disléxicos para investigar o desempenho criativo e suas relações com diferentes medidas de inteligência. Participaram 13 crianças, 61% do sexo masculino, com idades entre 9 e 11 anos. Os instrumentos utilizados foram o Teste de Criatividade Figural Infantil (TCFI), a WISC-III, o MPCR e o Desenho da Figura Humana (DFH-III). Os resultados mostraram, tanto em relação à criatividade quanto à inteligência, maior concentração da classificação “média”. As correlações entre inteligência e criatividade não foram altas nem significativas entre o MPCR e o TCFI, o DFH e a WISC-III.

Mecca, Morão, Silva e Macedo (2015) buscaram avaliar a relação entre a síndrome de Down e o funcionamento cognitivo. Participaram 30 crianças com a síndrome com idade entre 3 e 8 anos pareadas ao grupo-controle por idade, sexo e tipo de escola. O instrumento utilizado foi a Escala Internacional de Inteligência Leiter-R. Os resultados mostraram desempenho inferior das crianças com síndrome de Down quando comparadas ao grupo-controle em tarefas que

avaliavam processamento visual e raciocínio fluido. Houve diferenças de gênero somente no subteste que avalia raciocínio indutivo, com melhor desempenho das meninas. Análises intragrupos mostraram maior facilidade de crianças com síndrome de Down em tarefas de síntese visual, raciocínio sequencial e indutivo em relação a habilidades de discriminação visual.

Ainda nesse campo, Campos e Fernandes (2016) fizeram uso de um teste de inteligência não verbal para investigar o perfil escolar de crianças e adolescentes diagnosticados com TEA. Participaram da pesquisa 44 crianças, as quais responderam ao questionário de escolaridade, desenvolvido pelas pesquisadoras, o *Functional Communication Profile* – Reduzido (FCP-Rr) e o MPCR. Identificaram, entre outros resultados, correlação positiva e significativa entre a frequência escolar e a inteligência não verbal e correlação negativa e significativa entre frequência escolar e inabilidades em linguagem expressiva e pragmática/social.

No que concerne ao público adulto, pode-se citar o trabalho de Nakano e Sampaio (2016). Elas buscaram identificar diferenças em termos de inteligência, atenção concentrada e personalidade junto a grupos de motoristas infratores, não infratores e aqueles envolvidos em acidentes. Participaram da pesquisa 361 motoristas, 87% do sexo masculino, com idades entre 18 e 77 anos. Foram utilizados como instrumentos o Teste de Atenção Concentrada (AC), o Teste Não Verbal de Inteligência (R1), o Teste Palográfico e um questionário sociodemográfico. Os resultados indicaram não haver diferenças entre os grupos, entretanto, verificaram-se diferenças quando considerado o nível de escolaridade dos participantes nas medidas de produtividade (Palográfico) e inteligência (R1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve a finalidade de contribuir para um maior entendimento sobre a avaliação da inteligência, especificamente detalhando aspectos não verbais, relacionados ao procedimento (avaliação não verbal da inteligência) ou a um tipo específico da inteligência (não verbal). Os formatos não verbais são sempre mais desafiadores, pois *a priori* a fala e a escrita são mediadores que facilitam a coleta de informações. No entanto, com toda a complexidade do ser humano, é necessário que sempre seja garantida uma diversidade de formas de avaliação e que não se reduza a compreensão do funcionamento cognitivo e da inteligência a um ou outro tipo de habilidade e/ou capacidade.

Como podemos observar ao longo do texto, há momentos em que somente o procedimento não verbal poderá ser uma estratégia de coleta de informação sobre a inteligência de uma pessoa. Então se faz importante que o psicólogo possa ter acesso a uma variabilidade de recursos não verbais e, claro, que tenha conhecimento das possibilidades de avaliações e saiba quando, porque e com quem conduzir. Sendo assim, para que se avalie a inteligência, é preciso que o avaliador conheça muito bem esse construto e todas as variáveis que o afetam. Nada adianta observar e usar um teste ou uma técnica para avaliar a inteligência se não se sabe o que é inteligência, quais as capacidades, como se desenvolve, quais processos cognitivos estão envolvidos e como se faz para potencializá-la.

REFERÊNCIAS

Almeida, L. S. (1994). *Inteligência: Definição e Medida*. Aveiro: CIDInE.

Alves, I. C. B. (2012). *R-1: Teste não verbal de inteligência: manual de Rynaldo de Oliveira*. São Paulo: Vetor.

Alves, I. C. B., & Duarte, J. L. (2001). *Escala de Maturidade Mental Columbia – Padronização Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Alves, R. J. R., & Nakano, T. C. (2015). Desempenho criativo e suas relações com diferentes medidas de inteligência em crianças com dislexia do desenvolvimento: um estudo exploratório. *Psicologia reflexão e crítica*, *28*(2), 280-291.

Ammerman, R. T., Van Hasselt, V. B., & Hersen, M. (1986). Psychological adjustment of visually handicapped children and youth. *Clinical Psychology Review, 6*, 67-85.

Andrade, E. M., & Alves, D. G. (2002). Teste Equicultural de Inteligência (TEI). Rio de Janeiro: CEPA.

Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. Manual*. São Paulo: CETEPP.

Boccalandro, E. R. (2010a). *G-36: Teste não verbal de inteligência* (6. ed.). São Paulo: Vetor.

Boccalandro, E. R. (2010b). *G-38: Teste não verbal de inteligência* (5. ed.). São Paulo: Vetor.

Brown, L., Sherbenou, R. J., & Johnsen, S. K. (2006). *TONI- 3 Forma A – Teste de Inteligência Não verbal*. São Paulo: Vetor.

Campos, L. K., & Fernandes, F. D. M. (2016). Perfil escolar e as habilidades cognitivas de linguagem de crianças e adolescentes do espectro do autismo. *CoDAS*, *28*(3), 234-243.

Di Renzo, M., Di Castelbianco, F. B., Petrillo, M., Racinaro, L., & Rea, M. (2015). Assessment of a long-term developmental relationship-based approach in children with autism spectrum disorder. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, *117*(1), 26-49.

Formann, A., Waldherr, K., & Piswanger, K. (2012). *Teste Matrizes de Viena – 2 (WMT – 2)*. São Paulo: Hogrefe-CETEPP.

Hunt, E. (1999). Intelligence and human resources: past, present and future. In P. L. Ackerman, P. C. Kyllonen, & R. D. Roberts (Eds.), *Learning and individual differences: process, trait and content determinants*. Washington, DC: American Psychological Association.

Laros, J. A., Tellegen, P. J., Jesus, G. R., & Karino, C. A. (2015). *SON-R 2½-7[a]. Manual – Teste não- verbal de inteligência*. São Paulo: Hogrefe-CETEPP.

Laros, J. A., Valentini, F., Gomes, C. M. A., & Andrade, J. M. (2014). Modelos de inteligência. In A. G. Seabra, J. A. Laros, E. C. Macedo, & N. Abreu (Orgs), *Inteligência e funções executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica* (pp.17-38). São Paulo: Memnon.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4rd ed.). New York: Oxford University Press.

McCallum, R. S., & Bracken, B. A. (2012). The Universal Nonverbal Intelligence Test: a multidimensional nonverbal alternative for cognitive assessment. In D. P. Flanagan, & P. L.

Harrison (Eds), *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests and Issues* (3rd ed.) (pp. 357-375). New York: The Guilford Press.

McGrew, K.S. (2007) *Cattell-Horn-Carroll (CHC) Definition Project*. Recuperado de: http://www.iapsych.com/chcdef.htm

McGrew, K. S. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence, 37,* 1-10.

McGrew, K. S., & Flanagan, D. P. (1998). *The Intelligence Test Desk Reference (ITDR): Gf-Gc Cross-battery Assessment*. Needham Heights: Allyn & Bacon.

Mecca, T. P., Antônio, D. A. M., Rabelo, I. S., Valentini, F., & Macedo, E. C. (2014). Avaliação da inteligência em crianças pré-escolares. In A. G. Seabra, J. A. Laros, E. C. Macedo, & N. Abreu (Orgs), *Inteligência e funções executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica* (pp. 141-156). São Paulo: Memnon.

Mecca, T. P., Morão, C. P. A. B., Silva, P. B., & Macedo, E. C. (2015). Perfil de habilidades cognitivas não verbais na Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Educação Especial*, *21*(2), 213-228.

Mecca, T. P., Dias, N. M., Seabra, A. G., Jana, T. A., & Macedo, E. C. (2016). Relação entre habilidades cognitivas de processamento visual e inteligência fluida com o desempenho em aritmética. *Psico*, *47*(1), 35-45.

Muniz, M. (2014). Inteligência no processo de ensino-aprendizagem. Em D. Bartholomeu, J. M. Montiel, & M. C. R. Silva. (Orgs.). *Psicopedagogia, desenvolvimento humano e cotidiano escolar* (pp. 133-154). São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.

Mungkhetklang, C., Crewther, S. G., Bavin, E. L., Goharpey, N., & Parsons, C. (2016). Comparison of measures of ability in adolescents with Intellectual Disability. *Frontiers in Psychology*, *7*, 683.

Nakano, T. C., & Sampaio, M. H. L. (2016). Desempenho em inteligência, atenção concentrada e personalidade de diferentes grupos de motoristas. *Psico-USF*, *21*(1), 147-161.

Pasquali, L. (2005). *Manual técnico e de aplicação do Teste Não verbal de Raciocínio para Crianças – TNVRI*. São Paulo, SP: Vetor.

Pasquali, L. (2012). *Análise crítica dos testes psicológicos*. Brasília: LabPAM.

Pires, E. U. (2017). Avaliação de crianças e adolescentes: aspectos cognitivos. Em M. R. C. Lins, & J. C. Borsa (Orgs.). *Avaliação Psicológica: aspectos teóricos e práticos*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Posner, M. I., & DiGirolamo, G. J (2000). Cognitive neuroscience: Origins and promise. *Psychological Bulletin*, *126* (6), 873-889.

Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, *1*, 67-77.

Rabelo, I. S., Pacanaro, S. V., Leme, I. F. A. S., Ambiel, R. A. M., & Alves, G. A. S. (2011). *Teste Não Verbal de Inteligência Geral – BETA III: subtestes raciocínio matricial e códigos – manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Raven, J. C. (2008). *Teste das Matrizes Progressivas Escala Geral – manual*. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada.

Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (2015). *Matrizes Progressivas Avançadas de Raven: Manual técnico*. São Paulo: Pearson.

Roazzi, A., O'Brien, D. P, Souza, B. C., Dias, M. G. B. B., & Roazzi, M. (2008). O que nos torna uma espécie inteligente? A inteligência em uma perspectiva epistemológica. In A. Candeias, L. Ameida, A. Roazzi, & R. Primi (Orgs.), *Inteligência: definição e medida na confluência de múltiplas concepções* (pp. 13-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rosa, H. R., & Alves, I. C. B. (2000). *R-2: Teste Não Verbal de Inteligência para Crianças. Manual*. São Paulo. São Paulo: Vetor Editora.

Rueda, F. R. M., & Castro, N. R. (2012). *Teste de Inteligência-TI.* São Paulo: Vetor.

Rueda, F. J. M., & Muniz, M. N. (2012). *Teste dos cubos: Para avaliação do raciocínio visuoespacial: Manual técnico.* São Paulo: Vetor.

Rueda, F. J. M., Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Santos, A. A. A., & Castro, N. R. (2013). *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – WISC-IV.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Schneider, W. J., & McGrew, K. (2012) The Cattell-Horn-Carroll model of intelligence. To appear in D. Flanagan & P. Harrison (Eds.), *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues* (3rd ed.) (pp. 99-144). New York: Guilford.

Silverman, L. K. (2009). The Measurement of Giftedness. In L. V. Shavinina, *The International Handbook on Giftedness* (pp. 947-970). Amsterdam: Springer Science.

Sisto, F. F. (2006a). *Teste Conciso de Raciocínio – TCR*. São Paulo: Vetor.

Sisto, F. F. (2006b). *Teste de Raciocínio Inferencial: manual técnico*. São Paulo: Vetor.

Souza, F. V. S. & Cambraia, S. V. (2002). *Teste dos Relógios: B e C – Manual* (4. ed.). São Paulo: Vetor.

Sternberg, R.J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tikhomirova, T., Voronina, I., Marakshina, J., Nikulchev, E., Ayrapetyan, I., & Malykh, J. (2016). The relationship between non-verbal intelligence and mathematical achievement in high school students. *SHS Web of Conferences***,** *29*, 1-3.

Tosi, S. M. (2008). *TIG-NV – Teste de Inteligência Geral Não verbal – Instrumento de avaliação psicológica e neuropsicológica* (3. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Uguccioni, G., Lavault, S., Chaumereuil, C., Golmard, J. L., Gagnon, J. F., & Arnulf, I. (2016). Long-term cognitive impairment in kleine-levin syndrome. *SLEEP*, *39*(2), 429–438.

Verlinden, M., Veenstra, R., Ghassabian, A., Jansen, P. W., Hofman, A., Jaddoe, V. W. V., … & Tiemeier, H. (2014). Executive functioning and non-verbal intelligence as predictors of bullying in early elementary school. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *42*, 953-966.

Warren, D. H. (1994). Cognitive style, creativity and intelligence. In D. H. Warren, *Blindness and children: an individual diferences approach* (pp.181-203). New York: Cambridge University Press.

5 ESCALAS WECHSLER NA AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA

5.1

ESCALA WECHSLER DE INTELIGÊNCIA PARA CRIANÇAS (WISC) E ESCALA WECHSLER DE INTELIGÊNCIA PARA ADULTOS (WAIS)

Elizabeth do Nascimento
Vera Lucia Marques de Figueiredo
Jaciana Marlova Gonçalves Araujo

Neste capítulo, serão apresentadas as versões completas das Escalas Wechsler de Inteligência. Para tal, serão contextualizadas historicamente, incluindo as adaptações realizadas para o contexto brasileiro. Em seguida, as características comuns às escalas serão descritas. Tópicos específicos serão dedicados a cada uma das versões em uso no Brasil.

HISTÓRIA DO INSTRUMENTO NOS ESTADOS UNIDOS

As Escalas Wechsler de Inteligência englobam versões para diferentes grupos etários, existindo uma versão para crianças pré-escolares, outra para crianças e adolescentes e uma terceira para adultos. Mais recentemente, foi desenvolvida uma versão abreviada, que pode ser aplicada em diferentes faixas etárias. Além do objetivo comum de medir a inteligência, as versões originais para cada faixa etária têm estrutura semelhante, embora variem quanto ao número de tarefas e ao conteúdo dos itens.

A primeira escala desenvolvida por David Wechsler foi a Escala Wechsler-Bellevue Forma I (W-B I). Ele se baseou nos testes individuais existentes à época (anos 1920 e 1930) e desenvolveu uma bateria que incluía tarefas verbais e de execução. Conforme aponta Kaufman (1990), o mérito de Wechsler foi ter reunido em um único instrumento tarefas verbais e não verbais para fins clínicos, antecipando, assim, as necessidades futuras dos profissionais da área.

Após a revisão dessa primeira escala, intitulada W-B Forma II, surgiu a proposição de versões diferentes para cada faixa etária (Tab. 5.1.1). Assim, a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC) foi publicada em 1949 como uma extensão da W-B Forma II. Em 1955, a W-B passou a ser denominada Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS). A primeira versão destinada a crianças pré-escolares (WPPSI) foi publicada em 1967.

Historicamente, podemos observar publicações sucessivas de revisões dessas três formas. O teste WISC tem até o momento as seguintes edições: WISC-R, WISC-III, WISC-IV e WISC-V, esta última publicada em 2014. A WAIS também seguiu o mesmo caminho, com quatro edições já publicadas e a quinta edição em desenvolvimento, com previsão de conclusão da coleta de dados nos Estados Unidos em 2019. Quanto à versão para pré-escolares (WPPSI), a edição mais recente é do ano de 2012 (Tab. 5.1.1).

TABELA 5.1.1
Escalas Wechsler de Inteligência por ordem de publicação, com as faixas etárias avaliadas

Nome original da escala	Sigla	Publicação	Faixa etária*
Wechsler-Bellevue Intelligence Scale – Form I	W-B I	1939	7-69
Wechsler-Bellevue Intelligence Scale – Form II	W-B II	1946	10-79
Wechsler Intelligence Scale for Children	WISC	1949	5-15,11
Wechsler Adult Intelligence Scale	WAIS	1955	16-64
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence	WPPSI	1967	4-6,6
Wechsler Intelligence Scale for Children – Revised	WISC-R	1974	6-16,11
Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised	WAIS-R	1981	16-74
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised	WPPSI-R	1989	3-7,3
Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition	WISC-III	1991	6-16,11
Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition	WAIS-III	1997	16-89
Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence	WASI	1999	6-89
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Third Edition	WPPSI-III	2002	2,6-7,3
Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition	WISC-IV	2003	6-16,11
Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition	WAIS-IV	2008	16-90

Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Fourth Edition	WPPSI-IV	2012	2,6-7,7
Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition	WISC-V	2014	6-16,11

* Faixa etária em anos, acrescidos dos meses após a vírgula, nas escalas para crianças pré-escolares e escolares.

Na mesma década das terceiras edições da WISC e da WAIS (final dos anos 1990), foi publicada a Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI). O propósito dessa escala é obter uma estimativa do desempenho intelectual com o mínimo de tempo gasto na aplicação, utilizando-se quatro subtestes para tal. A publicação da WASI representa uma alternativa para a avaliação de indivíduos de todas as faixas etárias.

Até o momento, contabilizamos 16 versões das Escalas Wechsler de Inteligência publicadas ao longo de quase um século. Além das razões tradicionais para serem realizadas pesquisas de revisão, que são a atualização dos estímulos e das normas de referência, constatamos que, nas duas últimas versões da WISC e da WAIS, foram realizadas mudanças substantivas. Como exemplos dessas mudanças, temos a inclusão de novos subtestes, a retirada de outros e a extinção dos QI Verbal e QI de Execução. Em consonância com os tempos atuais, a WPPSI-IV, a WISC-V e, futuramente, a WAIS-V poderão ser aplicadas e corrigidas por meio digital na Q-Plataforma Web da empresa Pearson Education. Considerando o longo tempo de utilização das Escalas Wechsler para avaliar inteligência em diferentes faixas etárias, suas constantes atualizações e as adaptações realizadas em todo o mundo, fica evidente o reconhecimento dos instrumentos como “padrão-ouro” para avaliação cognitiva.

HISTÓRIA DAS ESCALAS WECHSLER DE INTELIGÊNCIA NO BRASIL

As primeiras edições das Escalas Wechsler de Inteligência tinham versões brasileiras somente traduzidas. A partir dos anos 2000, as edições mais recentes das Escalas Wechsler de Inteligência foram objeto de pesquisas que contemplaram, para além da tradução, a adaptação, o levantamento de evidências psicométricas e o estabelecimento de normas brasileiras. As terceiras edições da WISC (Figueiredo, 2001) e da WAIS (Nascimento, 2004), bem como a WASI (Yates, 2012) foram resultado de pesquisas de doutorado das respectivas autoras. Tais edições foram publicadas pela editora Casa do Psicólogo, hoje pertencente à editora Pearson. A pesquisa de adaptação da WISC-IV (Wechsler, 2013) foi realizada por iniciativa da editora em disponibilizar para a comunidade profissional brasileira versões mais atuais dessas escalas, tendência essa que deverá diminuir o intervalo entre a publicação original das novas versões nos Estados Unidos e no Brasil.

Atualmente, as versões adaptadas para o contexto brasileiro são: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – 3ª edição (WAIS-III), Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – 3ª edição (WISC-III), Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – 4ª edição (WISC-IV) e Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI).

CARACTERÍSTICAS COMUNS ÀS ESCALAS WECHSLER DE INTELIGÊNCIA

Como fazem parte de uma mesma família, as Escalas Wechsler de Inteligência compartilham características em comum. Entre elas, destacamos a concepção de inteligência, os objetivos e contextos para uso, a estrutura básica, além de aspectos da administração, da correção e da interpretação.

A mensuração da inteligência por meio das Escalas Wechsler se baseia na definição conceitual proposta por David Wechsler para esse construto. Ele a definiu como a "capacidade conjunta ou global do indivíduo para agir com finalidade, pensar racionalmente e lidar efetivamente com seu meio ambiente" (Wechsler, 1944, p. 3). Ele a considerava "global", por caracterizar o comportamento do indivíduo como um todo, e "conjunta", por ser composta de habilidades qualitativamente diferenciáveis, mas não inteiramente independentes, sendo então multifacetada e multideterminada (Nascimento, Figueiredo, & Vidal, 2014).

O propósito dessas escalas de inteligência é oferecer estimativa do desempenho intelectual de um indivíduo tanto do ponto de vista do funcionamento global quanto de capacidades específicas. Essa estimativa é expressa em QI (Quociente Intelectual de desvio), o que significa dizer que a capacidade intelectual do indivíduo é interpretada de forma relativa, ou seja, comparando-se o desempenho individual com os desempenhos de outros indivíduos da mesma faixa etária.

Tradicionalmente, as Escalas Wechsler de Inteligência são usadas em contexto clínico, psicoeducacional e de pesquisa. Nesses contextos, constituem recursos auxiliares para fins de descrição, classificação, diagnóstico e planejamento de intervenções. Uma especificidade da versão abreviada (WASI) é a sua utilidade para fins de triagem.

Do ponto de vista da administração, todas as escalas disponíveis são de aplicação individual. Cada versão das Escalas Wechsler de Inteligência tem manual e material específicos. É interessante notar que vários critérios de aplicação, correção e interpretação são comuns a elas. Por exemplo, sobre a aplicação, as tarefas têm critérios de início e de interrupção conforme a idade do examinando e a quantidade de erros consecutivos.

Quanto à correção, em todas as escalas, o escore bruto em cada tarefa é transformado em escore ponderado usando tabelas para conversão segundo a faixa etária do examinando. Como as tarefas diferem em relação ao número de itens, essa transformação permite que os escores ponderados tenham uma mesma métrica, ou seja, estejam em uma escala com média de 10 e desvio padrão de 3, exceto para a WASI (média 50 e desvio padrão 10). Essa transformação é importante não somente para se obter uma medida relativa do desempenho em função da faixa etária, mas também para que todas as tarefas tenham o mesmo peso ao se estimarem os resultados compostos (QI e índices fatoriais, quando for o caso).

Ainda como parte da correção, as Escalas Wechsler contribuíram fortemente para a popularização do QI como expressão da inteligência. Os resultados em QI correspondem ao somatório dos resultados ponderados nos respectivos subtestes e são expressos em uma escala transformada de escore padrão (z) com média de 100 e desvio padrão de 15. Além dos QIs, a partir da WISC-III, quatro índices passaram também a ser estimados. Esses índices seguem a mesma métrica do QI, embora recebam o nome de índices fatoriais por serem decorrentes de resultados de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias.

Como poderá ser observado nos tópicos sobre cada uma das escalas Wechsler disponíveis no Brasil, apenas o QI Total (QIT) dos resultados em QI se mantém comum entre elas. Do ponto de vista da interpretação, o QIT representa a síntese geral do desempenho, sendo uma estimativa do nível geral de funcionamento intelectual do examinando. A estrutura básica comum às escalas vinha sendo, tradicionalmente, a da organização do instrumento em dois conjuntos: um verbal e outro de execução. Essa estrutura norteava a avaliação de dimensões específicas da inteligência, a sequência de aplicação e os escores a serem gerados. Entretanto, a partir da quarta edição da WISC, foram eliminados os resultados expressos pelo QI Verbal (QIV) e pelo QI de Execução (QIE). O QIV expressa uma medida do conhecimento adquirido, raciocínio verbal e atenção para os materiais verbais. O QIE é uma medida do raciocínio fluido, processamento espacial, atenção a detalhes e integração visuomotora.

Com exceção da WASI, na WAIS-III e na WISC-IV é possível estimar os quatro índices fatoriais. O Índice de Compreensão Verbal (ICV) avalia o conhecimento verbal adquirido e a capacidade de compreensão verbal. O Índice de Organização Perceptual (IOP) avalia a capacidade de raciocínio não verbal, fluido, atenção a detalhes e integração visuomotora. O Índice Memória Operacional (IMO) (na WISC-III, intitulado Resistência à Distração) avalia a capacidade para atentar-se à informação, mantê-la brevemente e processá-la na memória, para, em seguida, emitir uma resposta. O quarto, Índice Velocidade de Processamento (IVP), avalia processos relacionados à atenção, à memória e à concentração para processar rapidamente a informação visual. Na WISC-V, Organização Perceptual foi subdividido em Visuoespacial e Raciocínio Fluido, em função do acréscimo de subtestes. Já a WASI, por se tratar de uma escala abreviada, com apenas quatro subtestes, não possibilita a interpretação dos índices fatoriais. A WPPSI-IV segue uma lógica muito diferente para a interpretação dos dados com base na aplicação dos 12 subtestes que a compõem. Há três escores compostos globais: o QI Total, o Índice Não Verbal e o Índice de Habilidade Geral. Além desses, há o Índice de Compreensão Verbal, Índice Visuoespacial, Raciocínio Fluido, Memória de Trabalho, Velocidade de Processamento e Aquisição de Vocabulário. Alguns são calculados somente para determinados grupos etários, principalmente dos 4 aos 7 anos e 7 meses. Além disso, outros índices podem ser obtidos com base em interpretações neuropsicológicas e clínicas e na teoria Cattell-Horn-Carroll (CHC) (Raiford & Coalson, 2014).

Para finalizar, grande parte do sucesso das Escalas Wechsler de Inteligência está na capacidade de oferecerem um volume expressivo de informações sobre o desempenho intelectual. Além dos resultados em QI, outros dados quantitativos podem ser gerados para auxiliar na interpretação do desempenho inter e intraindividual, conforme apresentados nos manuais e nos livros-texto sobre esses instrumentos. De toda forma, a adequada estimativa e compreensão do funcionamento intelectual de um indivíduo dependerá da habilidade do profissional em integrar as informações geradas por meio do instrumento e por outras fontes. Passamos agora para os tópicos relativos a cada uma das escalas contempladas neste capítulo.

ESCALA WECHSLER DE INTELIGÊNCIA PARA CRIANÇAS (WISC)

WISC-III

Breve descrição do instrumento, sua administração e aplicações

A WISC-III também é direcionada para avaliar a inteligência considerando-a como uma entidade agregada e global; como uma capacidade do indivíduo de agir com propósito, pensar racionalmente e lidar efetivamente com o seu meio ambiente. A terceira edição da WISC, para crianças de 6 a 16 anos e 11 meses, surgiu como um aprimoramento da versão anterior (WISC-R). O instrumento é composto de 10 subtestes padrões e três suplementares, que medem diferentes habilidades da inteligência. O teste manteve a estrutura tradicional da Escala Verbal (Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Dígitos) e da Escala de Execução (Completar Figuras, Código, Arranjo de Figuras, Cubos, Armar Objetos, Procurar Símbolos e Labirintos). Para o cômputo do QIT não devem ser considerados os escores dos subtestes Dígitos, Procurar Símbolos e Labirintos – este último não adaptado para o contexto brasileiro.

A WISC-III apresentou, também, uma nova forma de agrupamento dos subtestes, oferecendo os índices fatoriais, que fornecem dimensões relevantes no conhecimento das habilidades cognitivas das crianças. São elas: Compreensão Verbal, Organização Perceptual, Resistência à Distratibilidade e Velocidade de Processamento. Incluiu o subteste Procurar Símbolos para formar e fortalecer o último índice. Reformulou e acrescentou itens, inseriu itens mais fáceis e mais difíceis para melhorar o efeito de chão e teto e excluiu as cores azul e amarelo dos cubos – material originado do teste Cubos de Kohs.

O teste é administrado de forma individual e leva em torno de 90 minutos. Os examinadores devem ter familiaridade com o material e dominar as regras para a aplicação do teste. Os escores obtidos em cada um dos subtestes apontam diferentes habilidades envolvidas na tarefa de cada prova. A soma dos escores ponderados permite calcular os tradicionais QIV, QIE e QIT, além dos quatro índices fatoriais, citados anteriormente. O manual traz tabelas para análises quantitativas complementares, relacionadas às discrepâncias entre os subtestes e entre os QIs/ Índices fatoriais.

Propriedades psicométricas

A pesquisa de padronização brasileira da WISC-III contou com todas as etapas do processo de adaptação transcultural, abrangendo desde a análise teórica dos itens até as evidências psicométricas do teste como um todo (Figueiredo, 2001). A amostra de padronização constituiu-se de 801 crianças, matriculadas em escolas públicas e particulares da cidade de Pelotas-RS, tanto do centro quanto da periferia da zona urbana. Foram realizadas análises de itens para determinar o grau de discriminação e dificuldade; foram examinadas a validade da estrutura interna (análise fatorial exploratória e confirmatória) e a validade de critério com a idade, as notas escolares e o Teste de inteligência Matrizes Coloridas de Raven. Procedeu-se, ainda, ao estudo da consistência interna, à estimativa do erro padrão de medida dos QIs e à análise da estabilidade temporal, como provas da precisão. As normas foram elaboradas para seis grupos etários (6, 7, 8-9, 10-11, 12-13 e 14-16 anos). Tais resultados são apresentados no manual do teste.

Também foram publicadas pela segunda autora deste capítulo pesquisas complementares sobre as qualidades psicométricas do teste (Figueiredo, Mattos, Pasquali, & Freire 2008; Figueiredo, Araujo, Dias, & Busetti, 2010), com grupos clínicos (Figueiredo, Quevedo, Gomes, & Pappen, 2007; Vidal & Figueiredo, 2013) e estudo sobre formas reduzidas (Vechia, 2011). Posteriormente, foi publicado um livro, pela própria editora do teste – *Avaliando com o WISC-III prática e pesquisa* (Figueiredo, Araujo & Vidal, 2012) –, que compilou diversos estudos desenvolvidos durante uma década após a publicação do teste no Brasil. Além de orientar a aplicação e a interpretação quantitativa e qualitativa, apresenta estudos com diferentes grupos clínicos (altas habilidades, dificuldades de aprendizagem, deficiência intelectual e vítimas de maus-tratos) e traz mais evidências de validade de critério (em relação ao teste de inteligência não verbal R2), assim como de fidedignidade (variância dos subtestes). Traz, ainda, normas atualizadas para 11 faixas etárias, com extensão de 11 meses, reelaboradas com base em uma amostra ampliada (n = 1.249).

Pesquisas recentes nos contextos clínico e não clínico

Desde a sua publicação no Brasil, inúmeros são os estudos com a WISC-III. São resultantes de pesquisas nos contextos clínico, educacional, neuropsicológico e social, nas quais o teste foi utilizado como um todo ou apenas alguns subtestes. Durante a redação deste capítulo, em uma busca rápida de trabalhos divulgados após a publicação da WISC-IV (Wechsler, 2013), identificamos, além de várias teses e dissertações, 19 artigos na base de dados SciELO, indicando que ainda há interesse no uso da WISC-III, provavelmente por ser uma ferramenta cuja aplicação e interpretação é de domínio dos profissionais.

Considerações gerais sobre o instrumento e seu uso (forças e fraquezas)

Entre as principais indicações de uso da WISC-III, podem ser destacados a investigação de hipóteses sobre disfunção cognitiva, a avaliação neuropsicológica e o planejamento psicoeducacional. Também é amplamente utilizada em pesquisas, tanto para identificar critérios de exclusão de déficit cognitivo quanto para relacionar o desempenho intelectual com diferentes variáveis.

Apesar da publicação da WISC-IV, a WISC-III ainda pode ser utilizada na cultura brasileira, tendo em vista que as evidências de validade e as normas estão dentro do prazo previsto pela Resolução 006/2004 do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2004), considerando a publicação de novas normas e dados psicométricos (Figueiredo, Araujo & Vidal, 2012).

WISC-IV

Breve descrição do instrumento, sua administração e aplicações

Como as demais Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças, a WISC-IV tem por objetivo avaliar a capacidade intelectual das crianças e o processo de resolução de problemas. A proposta da WISC-IV buscou aproximá-la às novas teorias e unificar o modelo fatorial das escalas Wechsler de inteligência. Foi a versão que modificou mais substancialmente a estrutura dos itens, o modelo fatorial e o modo de correção do teste (Vidal, Figueiredo & Nascimento, 2011).

Na quarta edição, foram introduzidos dois tipos de ajustes relevantes para a teoria: o primeiro consistiu na modificação do rótulo de um fator, denotando uma redefinição dos construtos subjacentes: o Índice de Resistência à Distração, da WISC-III, recebeu a denominação de

Memória Operacional, apesar de na versão original ser intitulado *Working Memory* (memória de trabalho), termo que também é utilizado na WAIS-III. Por outro lado, o Índice de Organização Perceptual manteve-se com o mesmo rótulo, apesar de a versão original denominá-lo *Perceptual Reasoning*. O segundo ajuste referiu-se à simplificação do modelo fatorial: foram extintos o QIV e o QIE, com os quais desapareceu a hierarquização que agrupava os quatro fatores em duas grandes áreas. Pelo novo modelo, o QIV ficou assimilado ao Índice de Compreensão Verbal (ICV), e o QIE equiparou-se ao Índice de Organização Perceptual (IOP). O Quadro 5.1.1 apresenta os subtestes que compõem os índices fatoriais e os respectivos subtestes suplementares. É permitida apenas uma substituição para cada índice. Para obter o QIT, são permitidas somente duas substituições de índices diferentes.

QUADRO 5.1.1
Subtestes que constituem os índices fatoriais do WISC-IV

Compreensão Verbal	Memória Operacional	Organização Perceptual	Velocidade de Processamento
Semelhanças	Dígitos	Cubos	Código
Vocabulário	Sequência de Números e Letras*	Conceitos Figurativos*	Procurar Símbolos
Compreensão	Aritmética	Raciocínio Matricial*	Cancelamento*
Informação		Completar Figuras	
Raciocínio com palavras*			

* Os subtestes suplementares aparecem em negrito e os (*) identificam os subtestes novos.

É possível observar no Quadro 5.1.1 que foram incluídos cinco subtestes. A seguir, apresenta-se uma breve descrição de cada uma das tarefas e seus objetivos, sintetizadas a partir do manual (Wechsler, 2013).

- **Conceitos Figurativos:** avalia o nível de abstração e a habilidade de raciocinar, fazendo associações conforme uma classe específica. O aplicador mostra duas ou três fileiras de figuras ao examinando, que deve escolher uma figura de cada fileira para formar um grupo que tenha uma característica comum.
- **Sequência de Números e Letras:** avalia a capacidade de sequenciamento; agilidade mental; atenção e memória auditiva de curto prazo. Nessa prova, o aplicador lê em voz alta, para a criança, uma série de números e letras e ela deverá repeti-los, sendo os números em ordem crescente e as letras em ordem alfabética.
- **Raciocínio Matricial:** avalia a fluidez da inteligência e a estimativa da habilidade intelectual de modo geral. Em cada item desse subteste, é mostrada à criança uma matriz incompleta e ela deverá encontrar a parte que falta, entre as cinco opções de resposta que lhe são apresentadas.
- **Cancelamento:** avalia a velocidade de processamento, a atenção visual seletiva e vigilância ou negligência visual. A tarefa consiste no exame, pela criança, de um conjunto de figuras, estruturado ou aleatório, e entre elas o examinando deve assinalar as imagens-alvo em um limite de tempo preestabelecido.
- **Raciocínio com Palavras:** avalia compreensão verbal, habilidade de raciocínio geral, abstrações verbais e capacidade de integrar e sintetizar vários tipos de informação. É solicitado à criança que identifique conceitos comuns por meio de uma série de pistas que lhe

são fornecidas verbalmente.

A aplicação do teste é realizada individualmente em um intervalo entre 60 e 70 minutos, e os subtestes são apresentados de forma alternada entre verbais e não verbais. Os procedimentos específicos para a administração são os mesmos das escalas anteriores, observando-se critérios de início e suspensão para cada subteste, a relevância dos questionamentos e a ajuda nos itens indicados. A interpretação dos dados também é feita da mesma forma que no modelo anterior, transformando os escores brutos em escores ponderados que geram cinco escores compostos (QIT e os quatro índices fatoriais). A escala acrescenta também a possibilidade de obtenção de escores de processo e das discrepâncias entre os resultados dos subtestes e entre as escalas em QIs.

Segundo o manual do teste (Wechsler, 2013), com a inclusão de alguns subtestes não verbais (Raciocínio Matricial e Conceitos Figurativos), obtêm-se medidas aprimoradas para avaliação de raciocínio fluido. A ordem de aplicação dos subtestes foi alterada, mas se manteve a alternância entre verbal/não verbal. Foram incluídos mais itens de exemplos e, com o aumento do número de itens mais fáceis e mais difíceis em cada subteste, o efeito de teto e chão foi diminuído. Adicionalmente, foram retirados os pontos com bônus e itens cronometrados (nos subtestes Aritmética e Cubos) e foram acrescentados os Escores de Processo. Tais escores são novos indicadores que oferecem informações mais específicas sobre os processos cognitivos envolvidos na realização das tarefas de alguns subtestes (Cubos sem bônus de tempo, Dígitos na ordem direta e na ordem inversa, Cancelamento aleatório e estruturado) que são apresentados em uma escala com média de 10 e desvio padrão de 3.

Propriedades psicométricas

As normas brasileiras foram estabelecidas com base em 1.863 participantes, com idades entre 6 e 16 anos, sendo 51% do sexo feminino, matriculados em escolas públicas e particulares dos seguintes estados: São Paulo (n = 650), Minas Gerais (n = 625), Paraná (n = 399) e outros estados (n = 186). Na pesquisa de padronização brasileira, foram desenvolvidos vários estudos para estimar evidências de validade e fidedignidade do teste, com diferentes amostras. Pode-se identificar análise de validade baseada na estrutura interna dos itens (análise fatorial exploratória e confirmatória), que apontou para o agrupamento dos subtestes em quatro dimensões, caracterizando a Compreensão Verbal, a Organização Perceptual, a Resistência à Distração e a Velocidade de Processamento. Foram apresentadas evidências baseadas em variáveis externas (idade, rendimento acadêmico e avaliação do professor), com testes que avaliam construtos correlacionados (Teste de Cloze e Escala de Reconhecimento de Palavras), bem como com testes que avaliam o mesmo construto (Desenho da Figura Humana e Teste de Raciocínio Inferencial).

Os estudos de precisão com base em avaliadores foram realizados considerando cinco subtestes (Código A e B, Compreensão, Semelhanças e Vocabulário), e as correlações foram em torno de 0,90. A consistência interna foi definida pelo método *Split-half*, e os escores foram ≥ 0,60. Para os índices fatoriais, foi calculado o Erro Padrão de Medida.

Pesquisas recentes nos contextos clínico e não clínico

Por se tratar de um instrumento validado recentemente e ter apenas quatro anos de uso no país, ainda são escassas as pesquisas que incluam a WISC-IV em suas coletas de dados. Ao longo da elaboração deste capítulo, foram realizadas buscas por artigos, livros, teses e dissertações que

utilizassem o teste. No contexto clínico, destacam-se os estudos cujas amostras foram compostas por indivíduos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) (El Hajj, Bueno, Zaninotto, De Lucia, & Scaff, 2014; Fragoso, 2014; Granato, 2015; Silva, 2015). Também encontramos pesquisas voltadas à investigação da memória, que nesses casos tiveram participantes diversos, como amostra geral, crianças e adolescentes com histórico de acidente vascular cerebral, dificuldades escolares e capacidade intelectual limítrofe (Augusto & Ciasca, 2015; Pereira, Araújo, Ciasca, & Rodrigues, 2015; Silva, Zaninotto, de Lucia, & Scaff, 2012). Ainda, entre os estudos clínicos, Aibe (2014) avaliou alterações neurocognitivas apresentadas por crianças e adolescentes infectados pelo HIV; Araujo (2015) investigou alterações cognitivas em crianças com a síndrome do cromossomo X frágil; e Souza (2015) identificou as habilidades e as potencialidades de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem.

Entre as pesquisas não clínicas, Viapiana (2016) utilizou o subteste Aritmética como critério de validade para o Teste de Desempenho Escolar (TDE-II), e Paz (2014) demonstrou o desempenho de amostra brasileira e norte-americana na parte motora do instrumento. Em relação a pesquisas psicométricas, Meyer (2013) realizou a validação de uma forma reduzida da WISC-IV para a população surda brasileira e, em 2016, foram apontadas evidências de validade da escala para diferentes grupos clínicos (Macedo, 2016). O Índice de Velocidade de Processamento foi alvo de pesquisas com amostra de adolescentes (Rocinholi, Oliveira, Zaninotto, De Lúcia, & Scaff, 2014) e de crianças de 6 anos em relação a atenção alternada (Utsumi, Zaninotto, De Lúcia, & Scaff, 2014). Já o estudo conduzido por Silva, Ferreira e Ciasca (2014) relacionou a Memória Operacional à evolução do desempenho da atenção em uma amostra infantil.

Além dos referidos estudos, recentemente foram publicados no país dois livros sobre a WISC-IV (Prifitera, Saklofske, & Weiss, 2016; Weiss, Saklofske, Prifitera, & Holdnack, 2016). As obras são traduções de livros originalmente publicados nos Estados Unidos cujo objetivo é, essencialmente, fornecer diretrizes de avaliação, interpretação e intervenção no contexto clínico, com o auxílio de exemplos clínicos e contextualização com outros instrumentos, entre outros recursos.

Considerações gerais sobre o instrumento e seu uso (forças e fraquezas)

A quarta versão propõe-se a atender a progressão cultural, segundo o efeito Flynn, e atualizar os itens do teste, conforme as demandas sociais. Destacam-se como principais contextos de utilização: estimativa cognitiva na avaliação psicológica, neuropsicológica e psicoeducacional; diagnóstico diferencial de desordens neurológicas e psiquiátricas e planejamento de programas de reabilitação neurocognitiva (Wechsler, 2013). Entre algumas vantagens da nova edição, apontam-se: diminuição do tempo de aplicação do teste; simplificação dos procedimentos de aplicação e correção; reorganização do protocolo de registro, incluindo espaço para a análise das discrepâncias dos escores; acréscimo de medidas de processo e normas com intervalos de idade de 4 meses. Quanto à forma de aplicação e à aparência visual e física do material, o teste também trouxe melhoramentos, simplificações e atualizações (Vidal, Figueiredo, & Nascimento, 2011).

A versão brasileira da WISC-IV, entretanto, não resultou de um processo de adaptação transcultural. Foi feita, apenas, a tradução dos itens originais e a sua aplicação na amostra para o estabelecimento das normas. Não foi avaliada a necessidade de ajustes semânticos, não foram feitos estudos para determinar os melhores critérios de início e suspensão na aplicação dos subtestes nem foi investigado se a ordem de dificuldade dos itens é a mesma que a da população norte-americana.

A atual versão da WISC-IV disponibilizada para uso no Brasil tem como vantagem a possibilidade de desenvolver pesquisas transculturais, uma vez que a escala tem estrutura idêntica à versão original, permitindo a comparação dos escores das duas populações. Por outro lado, esse propósito não é o objetivo principal de profissionais que realizam avaliações clínicas, as quais se caracterizam como a maior demanda para uso do teste. Nesse caso, a falta de um processo completo de adaptação cultural aumenta a probabilidade de erro da medida, podendo gerar resultados enviesados.

No manual do teste, foram divulgados poucos estudos em relação aos parâmetros psicométricos. Identifica-se também a diminuição da avaliação de aspectos não intelectivos, tais como os presentes em tarefas apresentadas nos subtestes Arranjo de Figuras e Armar Objetos – subtestes tradicionais nas escalas anteriores.

Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – 3ª edição (WAIS-III)

Breve descrição do instrumento, sua administração e aplicações

A WAIS-III foi desenvolvida para aplicação em indivíduos com idades entre 16 e 89 anos. Os itens do teste, o material e as instruções de aplicação foram escolhidos visando à sua adequação a indivíduos nessa faixa etária.

Considerando a população-alvo em que é aplicada, permite a avaliação de diferentes habilidades cognitivas em diversos contextos, tais como: psicoeducacional (avaliação de problemas de aprendizagem, determinação de excepcionalidade e superdotação e predição do desempenho acadêmico futuro), clínico (diagnóstico de desordens neurológicas e psiquiátricas que afetam o funcionamento mental) e de pesquisa.

A versão original norte-americana da WAIS-III foi publicada em 1997. As normas dessa versão foram elaboradas com base em uma amostra composta de 2.450 pessoas, com idades entre 16 e 89 anos, controladas as variáveis sexo, idade, nível escolar, etnia e região geográfica de residência, conforme o censo norte-americano de 1995. O aumento da faixa etária de 74 para 89 anos na normatização da WAIS-III refletiu o aumento da expectativa de vida da população nos Estados Unidos e consequente aumento da população de idosos.

A versão adaptada para o contexto brasileiro foi publicada em 2004 pela editora Casa do Psicólogo (atual Pearson). Os estudos psicométricos foram realizados com base em uma amostra representativa da comunidade, composta por 788 adolescentes e adultos, residentes na região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais) e com idades entre 16 e 89 anos. A amostra foi estratificada de acordo com o sexo, a idade e os anos de estudo. As normas foram estabelecidas para oito faixas etárias: 16-17, 18-19, 20-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-64 e 65-89 anos.

A WAIS-III mantém a mesma estrutura das outras Escalas Wechsler de Inteligência. É composta de 14 subtestes agrupados nos conjuntos verbal e de execução (com sete subtestes cada). Três novos subtestes foram incorporados nessa versão: Raciocínio Matricial, Sequência de Números e Letras e Procurar Símbolos. A inclusão desses três novos subtestes gerou uma importante mudança estrutural na WAIS-III: a identificação dos quatro índices fatoriais (Nascimento, 2002).

A aplicação é individual, e os subtestes verbais e de execução são administrados alternadamente com a finalidade de manter o interesse do examinando durante a situação de teste (Quadro 5.1.2). Todos os subtestes da WAIS-III apresentam regras de início e de suspensão. O

tempo de aplicação é em torno de 120 minutos. A aplicação e a correção do teste requerem treinamento minucioso, conforme o manual técnico (Wechsler, 2004).

QUADRO 5.1.2
Subtestes da WAIS-III segundo a escala e a ordem de aplicação

Escala Verbal	Escala de Execução
2. Vocabulário	1. Completar Figuras
4. Semelhanças	3. Códigos
6. Aritmética	5. Cubos
8. Dígitos	7. Raciocínio Matricial
9. Informação	10. Arranjo de Figuras
11. Compreensão	12. Procurar Símbolos (suplementar)
13. Sequência de Números e Letras (suplementar)	14. Armar Objetos (opcional)

Além de um escore de QIT, os escores de QIV e QIE podem ser estimados. Conforme exposto em tópico anterior, mais quatro índices fatoriais podem ser calculados durante o processo de correção: ICV, IOP, IMO e IVP. Esses resultados quantitativos compostos classificam o desempenho intelectual em níveis que variam de “extremamente baixo” a “muito superior” (Wechsler, 2004).

Outras possibilidades de análises quantitativas são indicadas, como, por exemplo, estimar as discrepâncias entre os resultados ponderados nos subtestes, os QIs e os índices fatoriais. Essas discrepâncias são consideradas indicadores diagnósticos, pois permitem identificar facilidades e dificuldades ou, dizendo de outra forma, as forças e fraquezas do funcionamento intelectual do indivíduo.

Propriedades psicométricas da versão brasileira da WAIS-III

Como parte do processo de adaptação da WAIS-III para o Brasil, foram realizadas diferentes análises psicométricas com o intuito de avaliar a adequação dos itens e levantar evidências de validade e de precisão. Os resultados dessas análises foram importantes tanto para garantir a equivalência entre as versões original e adaptada quanto para fundamentar a interpretação dos escores como expressão da capacidade intelectual de adolescentes e adultos brasileiros.

Quanto aos itens, levantamos evidências sobre a dificuldade e a discriminação de cada subteste por meio da Teoria Clássica dos Testes e da Teoria de Resposta ao Item. Verificamos que os itens se mostraram discriminativos e, em geral, com dificuldade mediana, embora em alguns subtestes tenham prevalecido itens difíceis, como foi o caso do subteste Sequência de Números e Letras (Nascimento, 2000; Nascimento, 2004).

Para estimar a precisão dos subtestes e dos escores compostos, realizamos análises de consistência interna e estabilidade temporal. Os coeficientes estimados indicaram que os subtestes e os resultados em QI e índices fatoriais apresentaram níveis elevados de consistência interna e adequada estabilidade temporal (Nascimento, 2000; Nascimento, 2004).

As evidências de validade foram levantadas por meio de análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, análises convergente/discriminante e baseadas em critério externo. Entre os resultados, destacamos que as estruturas fatoriais com um, dois e quatro fatores foram identificadas tal como na versão original norte-americana (Nascimento, 2000; Nascimento, 2004).

Pesquisas recentes nos contextos clínico e não clínico

Pesquisas empíricas são importantes fontes de informação sobre testes psicológicos e outras formas de medida. Elas complementam as informações reportadas no manual técnico sobre a utilidade prática do teste e a replicabilidade das propriedades psicométricas em diferentes contextos.

No contexto brasileiro, localizamos maior número de estudos em que a WAIS-III foi usada para avaliar idosos. Entre os estudos clínicos, temos aqueles que investigaram os efeitos da terapia de reposição hormonal (Camargos & Nascimento, 2009), da hipertensão (Banhato & Guedes, 2011) e do diabetes melito tipo 2 (Lopes & Argimon, 2009). Foram investigadas também as funções executivas em idosos sem depressão (Banhato & Nascimento, 2007) e com depressão (Lopes, Nascimento, Esteves, Terroso, & Argimon, 2013). Os efeitos do envelhecimento no desempenho intelectual por meio de delineamento longitudinal foram analisados no estudo de Menezes e Nascimento (2012). Um estudo não clínico foi conduzido por Banhato, Leite, Guedes e Chaoubah (2010) para o estabelecimento de pontos de corte de formas reduzidas em amostra de idosos.

Outros estudos clínicos contemplaram adultos com epilepsia (Noffs, Yazigi, Pascalicchio, Caboclo, & Yacubian, 2006), com transtorno de pânico (Bolshaw, Greca, Nerdi, Cheniaux, Fonseca, & Fernandez, 2011), usuários de maconha (Wagner & Oliveira, 2009) e com pacientes infectados pelo HIV (Kalil, Alvarenga, Almeida, & Morais-de-Sá, 2009). Localizamos também estudos sobre o efeito da terapia (Yazigi, Semer, Amaro, Fiore, Silva & Botelho, 2011) e do turno de trabalho de enfermeiros (Oliveira & Martino, 2013) no desempenho cognitivo.

Entre as pesquisas não clínicas estão investigações sobre a adaptação da escala verbal da WAIS-III para adultos cegos (Nascimento & Flores-Mendoza, 2007), a validade de formas reduzidas dessa escala (Coutinho, 2009; Coutinho & Nascimento, 2010; Banhato, Leite, Guedes, & Chaoubah, 2010), os desempenhos no subteste Dígitos (Figueiredo & Nascimento, 2007) e estudo recente sobre a confiabilidade dos quatro índices fatoriais (Valentini, Gomes, Muniz, Mecca, Laros, & Andrade, 2015).

Considerações gerais sobre o instrumento e seu uso (forças e fraquezas)

O teste WAIS-III é reconhecido pela sua utilidade clínica na avaliação do funcionamento intelectual de adultos. Com a crescente demanda por avaliação psicológica e neuropsicológica em idosos, ele se tornou um recurso bastante importante por existirem poucos instrumentos que contemplem essa faixa etária e que permitam uma avaliação detalhada das facilidades e dificuldades intelectuais.

Outras vantagens desse instrumento a serem elencadas são: avaliação do raciocínio fluido, da memória operacional e da velocidade de processamento; excelentes propriedades psicométricas; inclusão de procedimentos de aplicação que permitem fazer perguntas de esclarecimentos em alguns subtestes; inclusão de itens de treino que favorecem a aplicação; e diminuição da ênfase em tempo limite para execução de tarefas.

Limitações também estão presentes na WAIS-III, assim como em outros instrumentos. Citamos algumas a seguir: não é aplicável a pessoas com retardo mental severo ou extremamente inteligentes em função de as normas terem sido estabelecidas sem incluir representantes desses grupos; do ponto de vista estatístico, os fatores Organização Perceptual e Velocidade de Processamento não emergem como construtos separados para as pessoas com idades entre 75 e 89 anos e, por isso, recomenda-se cautela no uso desses índices na avaliação de idosos; ocorrem

dificuldades em interpretar as normas quando se usa um subteste suplementar em substituição a um subteste padrão, pois não existem estudos investigando os efeitos de tais substituições; o material e as figuras de alguns subtestes, como Arranjo de Figuras e Raciocínio Matricial, são considerados de má qualidade. No caso do Arranjo de Figuras, alguns detalhes são bastante discretos, o que pode dificultar a compreensão das histórias. No Raciocínio Matricial, alguns itens dependem do reconhecimento das cores para solucioná-los, o que pode prejudicar pessoas que apresentam cegueira para cor.

Com base no que foi apresentado neste capítulo, pode-se concluir que as Escalas Wechsler estão sendo constantemente atualizadas quanto ao modelo teórico, aos itens e à interpretação dos dados. As versões originais abrangem todas as faixas etárias, o que não acontece no Brasil, uma vez que a versão para pré-escolares não foi adaptada ao nosso contexto. O detalhamento sobre a WASI não foi o foco deste capítulo, porém, no próximo, sua descrição poderá ser encontrada.

REFERÊNCIAS

Aibe, M. S. (2014). *Alterações neurocognitivas em crianças e adolescentes infectados pelo HIV* (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Pesquisa aplicada à saúde da criança e da mulher, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1399554

Araujo, C. R. (2015). *Aspectos cognitivos e comportamentais na síndrome do cromossomo X frágil* (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2773444

Augusto, J. A. de O., & Ciasca, S. M. (2015). Avaliação da memória em crianças e adolescentes com histórico de acidente vascular cerebral e crianças com queixas de dificuldades escolares. *Revista Psicopedagogia*, *32*(98), 128-135.

Banhato, E. F. C. & Guedes, D. V. (2011). Cognição e Hipertensão: influência da escolaridade. *Estudos em Psicologia*, *28*, 143-151.

Banhato, E. F. C., & Nascimento, E. (2007). Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da Escala WAIS-III. *Psico-USF*, *12*(1), 65-73.

Banhato, E. F. C., Leite, I. C. G., Guedes, D. V., & Chaoubah, A. (2010). Criterion validity of a Wechsler-III Scale Short Form in a sample of Brazilian Elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, *4*(3), 207-213.

Bolshaw, M., Greca, D. V., Nerdi, A. E., Cheniaux J., E., Fonseca, R. P., & Fernandez, J. L. (2011). Funções cognitivas no transtorno do pânico: um estudo comparativo com controles saudáveis. *Psico (Porto Alegre*), *42(1): 87-97.*

Camargos, A. L., & Nascimento, E. (2009). Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo na terceira idade. *Estudos de Psicologia*, *26*(4), 437-443.

Conselho Federal de Psicologia (2004). *Resolução 006/2004*. Assinada em 28 de junho de 2004. Brasília. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2004/06/resolucao2004_6.pdf Acesso em 27 de novembro de 2016.

Coutinho, A. C. A. M. (2009). *Investigação psicométrica de quatro formas abreviadas do WAIS-III para avaliação da inteligência* (Dissertação de mestrado não publicada). Programa de pós-graduação em psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

Coutinho, A. C. A. M., & Nascimento, E. (2010). Formas abreviadas do WAIS-III para avaliação da inteligência. *Avaliação Psicológica*, *9*(1), 25-33.

El Hajj, S. A., Bueno, V. F., Zaninotto, A. L. C., De Lucia, M. C. S., & Scaff, M. (2014). Avaliação da velocidade de processamento em uma amostra de crianças de 7 a 10 anos com e sem hipótese diagnóstica de TDAH. *Psicologia Hospitalar*, *12*(1), 69-85. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000100005&lng=pt&tlng=pt.

Figueiredo, V. L. M. (2001). *Uma adaptação brasileira do teste de inteligência WISC- III* (Tese de doutorado não publicada). Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Figueiredo, V. L. M. D., Mattos, V. L. D. D., Pasquali, L., & Freire, A. P. (2008). Propriedades psicométricas dos itens do WISC-III. *Psicologia em Estudo*, *13*(3), 585-5.

Figueiredo, V. L. M., Araújo, J. M. G., Dias, T. C., & Busetti, M. V. (2010). Subtestes semelhanças, vocabulário e compreensão do WISC-III: pontuação objetiva ou subjetiva?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *23*(3), 449-455.

Figueiredo, V. L. M., Araujo, J. M. G., Vidal, F. A. S. (2012). *Avaliando com o WISC-III: Prática e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Figueiredo, V. L., Quevedo, L., Gomes, G., & Pappen, L. (2007). Habilidades cognitivas de crianças e adolescentes com distúrbio de aprendizagem. *PsicoUSF*, *12*(2), 281-290.

Figueiredo, V. L. M., & Nascimento, E. (2007). Desempenhos nas duas tarefas do subteste dígitos do WISC-III e do WAIS-III. *Psicologia: Teoria e Prática*, *23*(3), 313-318.

Fragoso, A. O. (2014). *Intervenção em funções executivas, compreensão e metacompreensão de leitura em crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-graduação em Distúrbios do desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1497618

Granato, M. F. (2015). *Avaliação da associação entre obesidade e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em crianças e adolescentes* (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Medicina – pediatria, Universidade de São Paulo. São Paulo. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3240805

Kalil, R. S., Alvarenga, R. M. P., Almeida, A. J., & Morais-de-Sá, C. A. (2009). Estudo dos transtornos cognitivos decorrentes da infecção pelo HIV-1. *Estudos em Psicologia. (Campinas)* [online], *26*(4), 465-473.

Kaufman, A.S. (1990). *Assessing adolescent and adult intelligence.* Boston: Allyn and Bacon, Inc.

Lopes, R. M. F., & Argimon, I. I. L. (2009). Prejuízos Cognitivos em idosos com Diabetes Mellitus tipo 2. *Cuadernos de neuropsicología*, *3*(2), 171-197.

Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L., Esteves, C. S., Terroso, L. B., & Argimon, I. I. L. (2013). Executive funcions of elderle with depression: a comparative study. *Cuadernos de neuropsicología*, *7*(2), 72-86.

Macedo, M. M. F. (2016). *Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV): evidências de validade* (Tese de doutorado não publicada). Programa de pós-graduação em Psicologia, Universidade Salgado de Oliveira. Niterói.

Menezes, A.C.Z., & Nascimento, E. (2012). Estudo longitudinal das habilidades intelectuais de idosos avaliados com a WAIS-III. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *24*(3), 419-428.

Meyer, T. S. (2013). *Adaptação para Surdos de uma Forma Reduzida do teste WISC-IV*. (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas. Pelotas. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=981607

Nascimento, E. & Flores-Mendoza, C. E. (2007). WISC-III e WAIS-III na avaliação da inteligência de cegos. Psicologia em Estudo, *12*(3), 627-633.

Nascimento, E. (2000). *Adaptação e validação do teste WAIS-III para um contexto brasileiro* (Tese de doutorado não publicada). Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Nascimento, E. (2002). Mudanças estruturais incluídas no WAIS-III: três novos subtestes e quatro Índices fatoriais. *Psico-USF, 7*(1), 53-58.

Nascimento, E. (2004). Adaptação, validação e normatização do WAIS-III para uma amostra brasileira. Em David Wechsler: *WAIS-III: manual para administração e avaliação*. Adaptação e padronização de uma amostra brasileira de Elizabeth do Nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 161-192.

Nascimento, E., Figueiredo, V. L. M, & Vidal, F. A. S. (2014). Histórico das Escalas Wechsler de Inteligência. Em David Wechsler: *Escala Wechsler abreviada de inteligência – WASI: manual.* Adaptação e padronização brasileira de Clarissa Marceli Trentini, Denise Balem Yates e Vanessa Stumpf Heck. São Paulo: Pearson e Casa do Psicólogo, 79-88.

Noffs, M. H. S., Yazigi, L., Pascalicchio, T. F., Caboclo, L. O. S. F., & Yacubian, E. M. T. (2006). Desempenho cognitivo de pacientes com epilepsia do lobo temporal e epilepsia mioclônica juvenil: avaliação por meio da Escala WAIS-III. *Jounal of Epilepsy Clinical Neurophysiol*, *12*(1), 7-12.

Oliveira, B., & Martino, M. M. F. (2013). Análise das funções cognitivas e sono na equipe de enfermagem nos turnos diurno e noturno. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 34*(1), 30-36.

Paz, C. E. D. O. (2014). *Desempenho de Crianças Brasileiras e Norte-Americanas na Escala de Inteligência Wechsler (4 – Edição) – Parte Motora* (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Psicologia – teoria e pesquisa do comportamento, Universidade federal do Pará. Belém. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1365082

Pereira, A. M., Araújo, C. R., Ciasca, S. M., & Rodrigues, S. das D. (2015). Avaliação da memória em crianças e adolescentes com capacidade intelectual limítrofe e deficiência intelectual leve. *Revista Psicopedagogia*, *32*(99), 302-313. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000300004&lng=pt&tlng=pt.

Prifitera, A., Saklofske, D. H., & Weiss, L. G. (2016). *WISC-IV – Avaliação Clínica e Intervenção*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.

Raiford, S. E. & Coalson, D. L. (2014). *Essentials of WPPSI-IV assessment*. John Wiley & Sons.

Rocinholi, L. de F., Oliveira, M. A. F., Zaninotto, A. L. C., Lúcia, M. C. S., & Scaff, M. (2014). Velocidade de processamento da informação em adolescentes de escolas públicas e privadas.

Avaliação Psicológica, *13*(2), 227-233. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200010&lng=pt&tlng=pt.

Silva, F. M. (2015). *Estudo Psicofísico da Atenção Visual e Avaliação Cognitiva em Adolescentes com TDAH* (Tese de doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciências do Comportamento, Universidade de Brasília. Brasília,. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2814911

Silva, G. B. de A., Ferreira, T. de L., & Ciasca, S. M. (2014). Evolução do desempenho da atenção e da memória operacional em crianças de escola pública e particular. *Revista Psicopedagogia*, *31*(96), 254-262. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000300003&lng=pt&tlng=pt.

Silva, G. B. de A., Zaninotto, A. L. C., Lucia, M. C. S. de, & Scaff, M. (2012). Avaliação do desempenho da memória de curto prazo em crianças de escola pública e particular. *Psicologia Hospitalar*, *10*(1), 80-94. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000100006&lng=pt&tlng=pt.

Souza, F. S. (2015). *Habilidades em crianças e adolescentes com dificuldades para aprender – cinco estudos de caso* (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Saúde, interdisciplinaridade e reabilitação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2448376

Utsumi, D. A., Zaninotto, A. L. C., De Lucia, M. C. S., & Scaff, M. (2014). Correlação entre velocidade de processamento e atenção alternada em crianças saudáveis de seis anos. *Psicologia Hospitalar*, *12*(1), 86-106. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000100006&lng=pt&tlng=pt.

Valentini, F., Gomes, C. M. A., Muniz, M., Mecca, T. P., Laros, J. A. & Andrade, J. M. (2015). Confiabilidade dos índices fatoriais da Wais-III adaptada para a população brasileira. *Psicologia: Teoria e Prática*, *17*(2), 123-139.

Vechia, S. G. D. (2011). *Formas reduzidas do WISC-III: características psicométricas de quatro modelos* (Dissertação de mestrado não publicada). Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS.

Viapiana, V. F. (2016). *Processo de construção e evidências de validade do Subteste de Aritmética do Teste de Desempenho Escolar – Segunda Edição (TDE-II)* (Dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. Recuperado de https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2787140

Vidal, F. A. S., & Figueiredo, V. L. M. (2013). Estrutura fatorial do WISC-III em crianças com dificuldades de aprendizagem. *Psico USF*, *18*(1), 23-32.

Vidal, F. A. S., Figueiredo, V. L. M., & Nascimento, E. (2011). A quarta edição do WISC americano. *Avaliação Psicológica, 10*(2), 205-207.

Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia em Estudo.* [online], *14*(1), 101-110.

Wechsler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence*. Third edition. Baltimore: The

Williams & Wilkins.

Wechsler, D. (2004). *WAIS-III: manual para administração e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2013). *WISC-IV: manual para administração e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Weiss, L. G., Saklofske, D. H., Prifitera, A. & Holdnack, J. A. (2016). *WISC-IV – Interpretação Clínica Avançada*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.

Yates, D. B. (2012). *Explorando as propriedades psicométricas da Escala de Inteligência Wechsler Abreviada* (Tese de doutorado não publicada). Programa de Pós-graduação em Psicologi, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.

Yazigi, L., Semer, N. L., Amaro, T. C., Fiore, M. L. M., Silva, J. F. R., & Botelho, N. L. P. (2011). Rorschach and the WAIS-III after one and two years of psychotherapy.*Psicologia: Reflexão e Crítica*, *24*(1), 10-18.

5.2

ESCALA WECHSLER ABREVIADA DE INTELIGÊNCIA (WASI)

Vanessa Stumpf Heck
Denise Balem Yates
Clarissa Marceli Trentini

HISTÓRICO

A Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WASI) foi desenvolvida nos Estados Unidos com o propósito de atender à necessidade de uma medida breve e confiável de inteligência em contextos clínicos e de pesquisa, sendo mais um instrumento das Escalas Wechsler. A WASI é composta por quatro subtestes: Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial. Esses subtestes foram escolhidos para compor a escala em razão de sua forte associação com as habilidades cognitivas gerais (Brody, 1992; Kamphaus, 1993; Kaufman, 1990; Sattler, 1988; Wechsler, 1991, 1997) e sua relação com construtos de inteligência, tais como as dicotomias verbal/execução e cristalizada/fluida.

Achados históricos confirmam que clínicos e pesquisadores frequentemente recorriam ao uso de formas curtas das escalas Wechsler já existentes (Kaufman, 1990; Kaufman, Ishikuma, & Kaufman-Packer, 1991; Prifitera, Weiss, & Saklofske,1998; Reynolds, Willson, & Clark, 1983; Silverstein, 1982) quando era preciso uma avaliação rápida da inteligência. Desse modo, desde 1939, com a publicação da Wechsler-Bellevue Intelligence Scale (Wechsler, 1939), muitas formas curtas das escalas Wechsler foram desenvolvidas por diferentes métodos. Todavia, tais formas curtas têm algumas limitações, como incluir alguns itens de cada subteste (Satz & Mogel, 1962) ou mesmo a seleção de certos subtestes com base em suas propriedades psicométricas, tempo de aplicação, facilidade de pontuação, precisão clínica, amplitude de cobertura do funcionamento cognitivo ou ordem de testagem (Doppelt, 1956; Kaufman et al., 1991; McNemar, 1950; Reynolds et al., 1983; Silverstein, 1982).

Cabe ressaltar que o uso de formas curtas de uma escala Wechsler não têm normas independentes, pois necessita de dados normativos oriundos da escala completa. E, ainda, pesquisas mostram que o desempenho de examinandos pode ser diferente em uma forma curta de dois subtestes do desempenho em uma bateria Wechsler completa (Saklofske & Schwean-Kowalchuk, 1992; Sattler, 1988; Thompson, 1987). Apesar de haver muitos estudos de validação de formas curtas já realizados (Boone, 1990, 1991, 1992; Brown, 1968; Caplan, 1983; Ehrfurth, Phelan, & Bigler, 1981; Grossman, Mednitsky, Dennis, Scharff, & Kaufmann, 1993; Haynes, 1983, 1985; Miller, Streiner, & Goldberg, 1996; Missar, Gold, & Goldberg, 1994; Paolo & Ryan, 1991, 1993; Ryan, 1983, 1985), a literatura aponta que a representatividade das amostras pode ser questionável.

Em função dessas restrições, em 1999, nos Estados Unidos, nasceu a WASI, desenvolvida como uma escala Wechsler independente. Ela é uma versão abreviada das escalas completas (WISC-III e WAIS-III), padronizada, validada e normatizada, fornecendo uma estimativa do funcionamento intelectual verbal, de execução e geral. No Brasil, o projeto de adaptação, normatização, validade e fidedignidade da WASI teve início no ano de 2005, com a aquisição dos direitos do teste pela Casa do Psicólogo (atual Pearson) e a subsequente tradução do manual original para o português brasileiro. Desse modo, nos anos de 2006 e 2007, foi realizado o projeto de adaptação da escala para a realidade brasileira. Em 2008, foram feitos estudos preliminares de fidedignidade e validade do instrumento. Já os dados de normatização foram coletados entre os anos de 2008 e 2012.

O manual de adaptação e padronização brasileiras, lançado em 2014 (Trentini, Yates, & Heck, 2014), contempla diferentes aspectos. Inicialmente, apresentam-se a tradução do manual original e uma breve introdução sobre a WASI e a apresentação dos procedimentos de desenvolvimento e

normatização da amostra norte-americana, bem como dos estudos psicométricos da WASI original.

Na sequência, o leitor encontra diferentes capítulos sobre a avaliação da inteligência, escritos por autores convidados, envolvendo tanto seu contexto histórico quanto suas aplicações, além de estudos de adaptação, fidedignidade, validade e normatização da WASI para a realidade brasileira. Por fim, são apresentados considerações gerais de aplicação, instruções para a aplicação, pontuação da versão brasileira e exemplos de casos utilizando a WASI, com ilustração da interpretação dos resultados.

PESQUISAS RECENTES NOS CONTEXTOS CLÍNICO E NÃO CLÍNICO NO BRASIL

Uma busca no *site* do Google Acadêmico (www.scholar.google.com.br), realizada em novembro de 2016, referentes ao período de 2014 a 2016, em português brasileiro, encontrou 22 publicações na forma de artigos acadêmicos, teses, dissertações e monografias de conclusão de especialização utilizando a WASI. Essa busca não teve como objetivo ser uma revisão sistemática dos estudos apresentados, mas, sim, uma ilustração da variedade de estudos que vêm sendo feitos com o instrumento. Esses estudos abordam diversas temáticas, desde a avaliação da inteligência em populações variadas no contexto clínico, bem como pesquisas de caráter psicométrico envolvendo a validação de instrumentos.

Em relação à inteligência propriamente dita, uma publicação investigou alunos com altas habilidades (Mendonça, 2015). Há também estudos envolvendo funções neuropsicológicas em populações hígidas, como memória autobiográfica (Ferreira, 2014; Regina, 2014), treino de memória em idosos (Assed, Carvalho, Rocca, & Serafim, 2016) e memória visual e habilidades visuoconstrutivas em crianças (Bueno, 2015). Ainda com relação à neuropsicologia, foram encontradas pesquisas com pacientes neurológicos, portadores de esclerose múltipla (Machado, 2016), acidente vascular cerebral (AVC) frontal direito (Scheffer, Galli, Jaboinski, Bizarro, & Almeida, 2016), síndrome de Down (Lavra-Pinto, Segabinazi, & Hübner, 2014) e epilepsia infantil (Tisser, 2016).

Alguns achados envolveram pessoas com sintomas ou transtornos psiquiátricos, como pacientes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), usuários de substâncias psicoativas (Miguel, 2014), pacientes bipolares (Fernandes, 2014; Soeiro-de-Souza et al., 2014) e com automutilação (Garreto, 2015). Há também um estudo sobre a estimulação das funções executivas em dependentes de cocaína/*crack* (Gonçalves, 2014). Foram encontradas duas publicações sobre saúde em geral, sendo uma sobre mulheres na menopausa (Tamashiro, 2016) e outra sobre pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica (Marques, 2014). Há alguns estudos com crianças e adolescentes em situação de risco, como crianças que sofreram maus-tratos (Núñez Carvalho, 2016) e adolescentes em situação de vulnerabilidade social (Romanzini, 2015). Também com adolescentes foi encontrado um estudo sobre impulsividade e inteligência (Otto, 2016).

Acredita-se que a WASI, em função de sua brevidade de aplicação e precisão, é um recurso valioso para o estudo das condições mentais de pessoas que se cansam facilmente ou têm pouca familiaridade com instrumentos de avaliação extensos, seja pela faixa etária (crianças e idosos) ou por condição de saúde.

Outra vertente de pesquisa com a WASI diz respeito à padronização de instrumentos psicológicos. Duas publicações tratam da validade de instrumentos: Teste de Desempenho Escolar-II (Viapiana, Giacomoni, Stein, & Fonseca, 2016) e Jogo das Cartas Mágicas, um instrumento informatizado infantil (Uehara, Mograbi, Charchat-Fichman, & Landeira-Fernandez, 2016). O terceiro estudo investiga um instrumento de acomodação familiar para transtorno obsessivo-compulsivo (Gomes, 2015). Pesquisas desse tipo costumam utilizar uma bateria longa, razão pela qual é interessante o uso de uma escala breve como a WASI.

BREVE DESCRIÇÃO DA WASI, SUA ADMINISTRAÇÃO E APLICAÇÕES

A WASI é uma escala da família das escalas Wechsler que se caracteriza por ser um instrumento breve para avaliação de inteligência. É composta por quatro subtestes (Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial) que fornecem o QI Total (QIT-4), e o tempo de aplicação dura aproximadamente 30 minutos. Caso seja necessário, o examinador pode ainda administrar somente os subtestes Vocabulário e Raciocínio Matricial, para uma estimativa da capacidade intelectual geral (QIT-2), cujo tempo aproximado é em torno de 15 minutos.

A administração da escala é feita de forma individual, e as normas abrangem pessoas de 6 a 89 anos de idade. A WASI pode ser utilizada para uma estimativa cognitiva na avaliação de problemas de aprendizagem, no contexto psicoeducacional, no diagnóstico diferencial de transtornos neurológicos e psiquiátricos, no planejamento de programas de reabilitação (neuro) cognitiva, em pesquisas e em processos de triagem, quando o tempo disponível para a aplicação é limitado. Tendo em vista que esse instrumento tem propriedades psicométricas confiáveis e é uma escala Wechsler, pode ser utilizado para retestagem quando o examinador já aplicou as escalas completas, como: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – 3ª edição (WISC-III) (Figueiredo, 2002); Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – 3ª edição (WAIS-III) (Nascimento, 2005) e Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – 4ª edição (WISC-IV) (Rueda, Noronha, Sisto, Santos, & Castro, 2013). O manual conta, inclusive, com a equivalência de resultados estimados entre as referidas escalas.

Propriedades psicométricas

No Brasil, foram realizados vários estudos psicométricos com a WASI (Trentini et al., 2014). Nesse contexto, foram realizados os estudos de tradução do instrumento original para o português brasileiro e um estudo preliminar com 30 participantes de 6 a 89 anos, considerando variados graus de escolaridade. Foram feitas algumas mudanças em relação ao original tendo em vista que o processo de adaptação de testes para outra língua e cultura inclui não somente a tradução do original, mas também a avaliação do construto a ser medido, o formato do teste e a adaptação de palavras para o equivalente na segunda língua (Hambleton & Patsula, 1998). O subteste Vocabulário, originalmente composto por quatro itens-figuras e 38 itens-palavras, foi acrescido de 14 itens-palavra. O subteste Semelhanças teve apenas o acréscimo de um item verbal aos seus 26 itens originais (Yates, Trentini, Tosi, Corrêa, Poggere, & Valli, 2006).

Também foram realizados vários estudos de fidedignidade do instrumento. Quanto à precisão, foi feita concordância interavaliadores e consistência interna (método das metades, Alfa de Cronbach, Kuder-Richardson, erro padrão de medida, intervalos de confiança). Os coeficientes de fidedignidade interavaliadores foram de 0,89 e 0,92 para Vocabulário e Semelhanças, respectivamente. De acordo com os achados, pode-se dizer que, apesar de esses subtestes exigirem maior julgamento na pontuação, a correção pode ser realizada com segurança, desde que sejam seguidas com cautela as orientações do manual. A maior parte dos índices encontrados foi satisfatória. Conforme esperado, os coeficientes do método das metades mostraram-se maiores do que os do Alfa de Cronbach. Porém, tal diferença é pequena, sugerindo uma boa homogeneidade de conteúdo. No que se refere à estabilidade da WASI, participaram do estudo de teste-reteste 74 sujeitos (33 formaram o grupo de crianças e adolescentes, e 41, o grupo de

adultos e idosos). Todos os participantes foram analisados em dois momentos, sendo o segundo de 15 a 90 dias após o primeiro. Os coeficientes de estabilidade dos subtestes dos jovens variaram entre 0,76 e 0,85, quando corrigidos, enquanto os adultos obtiveram coeficientes entre 0,76 e 0,90, quando corrigidos. Os coeficientes de estabilidade temporal dos QIs foram um pouco mais altos do que os dos subtestes, oscilando entre 0,86 e 0,90, quando corrigidos.

As evidências de validade da escala foram realizadas por meio de estudos de validade convergente, de construto e de critério (clínica). Assim, as evidências de validade do tipo convergente foram feitas por meio de correlações da WASI com outras medidas que avaliam a inteligência (WISC-III, WISC-IV, WAIS-III; Matrizes Coloridas de Raven – Escala Especial e Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral). Também foram realizadas análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória. Os resultados das análises fatoriais confirmatórias indicaram que uma solução de dois fatores, que reflete a dicotomia QI Verbal e QI de Execução, apresentou-se adequada para as duas amostras, de crianças e de adultos (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008). E, ainda, foram verificadas evidências de validade relacionadas à estrutura interna e intercorrelações entre os subtestes e as escalas de QI da WASI. Quanto às evidências de validade de critério com grupos clínicos, foram realizados estudos com indivíduos com deficiência intelectual com e sem síndrome de Down e com doença de Alzheimer, e os resultados foram satisfatórios.

Em relação à amostra de normatização da WASI, foi realizada uma estratificação pelos parâmetros de sexo e anos de estudo e incluiu 502 crianças e adultos do Rio Grande do Sul. A composição da amostra foi estratificada em 17 grupos etários entre 6 e 89 anos (M = 27,12; DP = 21,82), sendo 48,41% do sexo masculino e 51,59% do sexo feminino. Para os participantes adultos, a amostra foi desenvolvida de acordo com o número de anos de estudo completados (p. ex., menos de 4 anos; entre 4 e 8 anos; entre 9 e 15 anos; e mais de 16 anos). Já no caso dos participantes entre 6 a 17 anos, foi considerada a escolaridade correspondente à idade das crianças (não foram avaliadas crianças com repetência), sendo 50% de escolas públicas e 50% de escolas particulares.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A WASI E SEU USO (FORÇAS E FRAQUEZAS)

A WASI é uma escala abreviada de inteligência que fornece estimativas de escore de QI de forma rápida e com propriedades psicométricas seguras. É útil em processos de triagem para determinar se uma avaliação profunda é necessária e ainda pode-se lançar mão da sua forma com apenas dois subtestes para a avaliação do QIT. Também pode ser aplicada quando existem condições físicas, neurológicas ou psicológicas que impedem uma avaliação mais longa. Por ser da família das escalas Wechsler, permite a retestagem de indivíduos que receberam uma avaliação abrangente anteriormente. Enfim, pode-se administrar a WASI em contextos clínico e de pesquisa. Todavia, cabe ressaltar que essa escala não substitui medidas de inteligência mais completas e não deve ser utilizada isoladamente para diagnóstico ou classificação.

REFERÊNCIAS

Assed, M. M., Carvalho, M. K. H. V. de, Rocca, C. C. A., & Serafim, A. P. (2016). Memory training and benefits for quality of life in the elderly: A case report. *Dementia & Neuropsychologia, 10*(2), 152-155.

Boone, D. E. (1990). Short forms of the WAIS-R with psychiatric inpatients: A comparison of techniques. *Journal of Clinical Psychology, 46*(2), 197-200.

Boone, D. E. (1991). Item-reduction vs. subtest-reduction short forms on the WAIS-R with psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 47*(2), 271-276.

Boone, D. E. (1992). Evaluation of Kaufman's short forms of the WAIS-R with psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 48*(2), 239-245.

Brody, N. (1992). *Intelligence.* (2nd ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Brown, F. (1968). Applicability of the Jastak short form revision of the WAIS Vocabulary subtest to psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology, 24*, 454-455.

Bueno, T. R. (2015). *Desenvolvimento da memória visual e habilidades visuoconstrutivas em crianças.* Monografia, Curso de Especialização em Neuropsicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Caplan, B. (1983). Abbreviated WAIS forms for a stroke population. *Journal of Clinical Neuropsychology, 5*(3), 239-245.

Doppelt, J. E. (1956). Estimating the full scale score on the Wechsler Adult Intelligence Scale from scores on four subtests. *Journal of Consulting Psychology, 20*(1), 63-66.

Ehrfurth, J. W., Phelan, C., & Bigler, E. D. (1981). The utility of a short form, modified WAIS with a neurologic patient population. *Clinical Neuropsychology, 3*, 42-43.

Fernandes, F. B. F. (2014). *Reconhecimento de emoções faciais como candidato a marcador endofenótipo no transtorno bipolar*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ferreira, L. R. K. (2014). *Funcionamento cerebral de repouso em idosos e recuperação de memória autobiográfica: um estudo de ressonância magnética funcional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo,.

Figueiredo, V. L. M. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – adaptação brasileira da 3ª edição.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Garreto, A. K. R. (2015). *O desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São PauloSão Paulo.

Gomes, J. B. (2015) *Avaliação das propriedades psicométricas da escala de acomodação familiar para transtorno obsessivo-compulsivo-versão pontuada pelo entrevistador (FAS-IR) e do impacto da terapia cognitivo-comportamental em grupo na acomodação familiar.* Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Gonçalves, P. D. (2014). *Xadrez motivacional: uma nova abordagem de estimulação das funções executivas em dependentes de cocaína/crack*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Grossman, I., Mednitsky, S., Dennis, B., Scharff, L., & Kaufman, A. S. (1993). Validation of an "amazingly" short form of the WAIS-R for a clinically depressed sample. *Journal of Psychoeducational Assessment, 11,* 173-181.

Hambleton, R., & Patsula, L. (1998). Adapting testes for use in multiple languages and cultures. *Social Indicators Research, 45*, 153-171.

Haynes, J. P. (1983). Comparative validity of three Wechsler short forms for delinquents. *Journal of Clinical Psychology, 39*(2), 275-278.

Haynes, J. P. (1985). Comparative validity of two WAIS-R short forms with clients of low IQ. *Journal of Clinical Psychology, 41*(2), 282-284.

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Journal of Business Research Methods,* 6, 53-60.

Kamphaus, R. W. (1993). *Clinical assessment of children's intelligence*. Boston: Allyn & Bacon.

Kaufman, A. S. (1990). *Assessing adolescent and adult intelligence.* Boston: Allyn & Bacon.

Kaufman, A. S., Ishikuma, T., & Kaufman-Packer, J. L. (1991). Amazingly short forms of the WAIS *Journal of Psychoeducational Assessment, 9,* 4-15.

Lavra-Pinto, B., Segabinazi, J. D., & Hübner, L. C. (2014). Consciência fonológica e desenvolvimento da escrita na síndrome de Down: um estudo de caso longitudinal. *Revista CEFAC, 16*(5), 1669-1679.

Machado, R. D. (2016). Esclerose múltipla e diferentes escores de EDSS: funções executivas e qualidade de vida. Monografia, Especialização em Avaliação Psicológica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Marques, E. L. (2014). *Efeito da perda de peso induzida por cirurgia bariátrica sobre metabolismo cerebral e função cognitiva*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

McNemar, Q. (1950). On abbreviated Wechsler-Bellevue scales. *Journal of Consulting Psychology, 14,* 79-81.

Mendonça, L. D. (2015). Identificação de alunos com altas habilidades ou superdotação a partir de uma avaliação multimodal. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), São Paulo, SP, Brasil.

Miguel, C. S. (2014). *Estudo comparativo do desempenho cognitivo de portadores adultos do Transtorno de Déficit de Atenção Hiperatividade (TDAH) associado a Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (TUSP) e portadores adultos de TDAH sem a presença de TUSP*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Miller, H. R., Streiner, D. L., & Goldberg, J. O. (1996). Short,]shorter, shortest: the efficacy of WAIS-R short forms with mixed psychiatric patients. *Assessment, 3*(2), 165-169.

Missar, C. D., Gold, J. M., & Goldberg, T. E. (1994). WAIS-R short forms in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research, 12,* 247-250.

Nascimento, E. (2005). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Núñez Carvalho, J. C. (2016). *O impacto dos maus-tratos na cognição e na emoção durante a infância*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Otto, F. B. (2016). *Avaliação da impulsividade em relação ao desempenho em um teste de inteligência em adolescentes*. Monografia, Especialização em Avaliação Psicológica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Paolo, A. M., & Ryan, J. J. (1991). Application of WAIS-R short forms to persons 75 years of age and older. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *9*, 345-352.

Paolo, A.M., & Ryan, J. J. (1993). WAIS-R abbreviated forms in the elderly: a comparation of the Satz-Mogel with a seven-subtest short form. *Psychological Assessment, 5*(4), 425-429.

Prifitera, A., Weiss, L. G., & Saklofske, D. H. (1998). The WISC-III in context. In A. Prifitera, & D. H. Saklofske (Eds.), *WISC-III clinical use and interpretation: scientist-practitioner perspectives* (pp. 1-39). San Diego: Academic Press.

Regina, A. C. B. (2014). *Aplicabilidade de tarefas de memória autobiográfica na investigação dos efeitos do envelhecimento*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo,.

Reynolds, C. R., Willson, V. L., & Clark, P. L. (1983). A four-test short form of the WAIS-R for clinical screening. *Clinical Neuropsychology, 5*(3), 111-116.

Romanzini, L. P. (2015). *Prevalência de distúrbios do sono em adolescentes em situação de vulnerabilidade social e sua relação com transtornos cognitivos e comportamentais.* Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Rueda, F. J. M., Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Santos, A. A. A., & Castro, N. R. (2013) *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – 4ª edição: Manual Técnico.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ryan, J. J. (1983). Clinical utility of a WAIS-R short form. *Journal of Clinical Psychology*, *39*(2), 261-262.

Ryan, J. J. (1985). Application of a WAIS-R short form with neurological patients: Validity and correlational findings. *Journal of Psychoeducational Assessment, 3*, 61-64.

Saklofske, D. H., & Schwean-Kowalchuk, V. L. (1992). Influences on testing and test results. In M. Zeidner, & R. Most (Eds.), *Psychological testing: an inside view* (pp. 89-118). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Sattler, J. M. (1988). *Assessment of children* (3rd ed.). San Diego: Author.

Satz, P., & Mogel, S. (1962). An abbreviation of the WAIS for clinical use. *Journal of Clinical Psychology*, *18*, 77-79.

Scheffer, M., Galli, F., Jaboinski, J., Bizarro, L. & Almeida, R. R. M. (2015). Acidente vascular cerebral frontal direito na fase crônica: auto e heteroavaliação da impulsividade e da disfunção executiva. *Neuropsicologia Latinoamericana*, *7*(2), 1-14.

Silverstein, A. B. (1982). Two- and four-subtest short forms of the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(3), 415-418.

Soeiro-de-Souza, M. G., Post, R., Machado-Vieira, R., Prado, C. M., Moreno, R. A., Akiskal, H., & Akiskal, K. K. (2014). Association study between COMT 158Met and creativity scores in bipolar disorder and healthy controls. *Revista de Psiquiatria Clínica, 41*(2), 29-33.

Tamashiro, L. A. D. (2016). *Funções mnésticas e atencionais em mulheres na pós-menopausa com ou sem sintomas depressivos e a eficácia da terapia cognitiva comportamental na pós-menopausa*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Thompson, A. P. (1987). Methodological issues in the clinical evaluation of two- and four-subtest short forms of the WAIS-R. *Journal of Clinical Psychology*, *43*(1), 142-144.

Tisser, L. A. (2016). *Influência do controle de crises no desenvolvimento de crianças com epilepsia: inteligência, comportamento, qualidade de vida e sono.* Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Trentini, C. M., Yates, D. B., & Heck, V. S. (2014). *Escala Wechsler Abreviada de Inteligência – WASI: Adaptação e Padronização Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Uehara, E., Mograbi, D., Charchat-Fichman, H., & Landeira-Fernandez, J. (2016). Evidências de validade de um instrumento executivo informatizado infantil: Jogo das Cartas Mágicas. *Neuropsicologia Latinoamericana*, *8*(1), 22-34.

Viapiana, V. V., Giacomoni, C. H., Stein, L. M., & Fonseca, R. P. (2016). Evidências de Validade do Subteste Aritmética do TDE-II: da Psicometria moderna à Neuropsicologia Cognitiva. *Neuropsicologia Latinoamericana, 8*(2), 16-26.

Wechsler, D. (1939). *Wechsler-Bellevue Intelligence Scale*. New York: The Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Yates, D. B., Trentini, C. M., Tosi, S. D., Corrêa, S. K., Poggere, L. C., & Valli, F. (2006). Apresentação da Escala de Inteligência Wechsler Abreviada (WASI). *Avaliação Psicológica*, *5*(2), 227-233.

6.1

BATERIA DE PROVAS DE RACIOCÍNIO (BPR-5)

Ricardo Primi
Tatiane Alves Correia
Leandro S. Almeida

A Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5) (Almeida & Primi, 2000) é um instrumento de avaliação das capacidades cognitivas, especialmente do raciocínio fluido. Por meio de tarefas que exigem o emprego de diferentes tipos de raciocínio, o indivíduo obtém escores nos subtestes específicos e um escore geral, o que permite comparar seus resultados com uma amostra normativa e classificar seu desempenho. Desde sua publicação, foram realizados vários estudos de evidências de validade e de fidedignidade da BPR-5, conforme será exposto adiante neste capítulo, o que garante a qualidade do instrumento para a sua aplicação em indivíduos que tenham escolaridade a partir da 6ª série (ou 7º ano) do ensino fundamental, incluindo adolescentes e adultos. Provas similares têm sido usadas em Portugal e, mais recentemente, na Espanha e em Moçambique, contando sempre com estudos de adaptação e validade.

HISTÓRIA DO INSTRUMENTO

A BPR-5 originou-se da versão portuguesa Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD) (Almeida, 1986, 1988), que, por sua vez, originou-se dos Testes de Raciocínio Diferencial, de Meuris (1969). A adaptação para uso no Brasil iniciou-se em 1995 (Primi, Almeida, & Lucarelli, 1996) e, a partir da seleção de conjuntos de itens com base na sua eficácia em função da adequação da dificuldade e do poder discriminativo, foram construídas as duas formas da BPR-5 (A e B) em sua versão brasileira (Almeida, Antunes, Martins, & Primi, 1997). Desde o início, e com a autorização do Prof. Georges Meuris, da Université Catholique de Louvain-la-Neuve, houve substituição do termo "teste" por "prova", para apoiar uma avaliação mais dinâmica das habilidades cognitivas em face da diversidade de conteúdos nas provas para os mesmos processos cognitivos. Além disso, retirou-se o termo "diferencial" da designação da bateria, pois, mais do que explicados por fatores autônomos, os desempenhos dos sujeitos nas provas eram explicados por um fator geral de habilidade cognitiva (Meuris, Almeida, & Campos, 1988).

A bateria está embasada pela teoria Cattell-Horn-Carroll (CHC) de Inteligência, que descreve a inteligência como uma habilidade multidimensional que se distribui de forma hierárquica em três estratos. De acordo com essa teoria, que vem sendo aprimorada no decorrer dos últimos anos, as capacidades medidas por meio de testes cognitivos se distribuem em 17 fatores amplos, descritos no Quadro 6.1.1. Os fatores amplos, por sua vez, possuem uma correlação estatística positiva denominada inteligência geral (McGrew, 2009; Schneider & McGrew, 2012).

QUADRO 6.1.1
Fatores amplos da teoria CHC e suas definições

Sigla	Fator	Definição
		Capacidades gerais
Gf	Raciocínio fluido	Capacidade ligada ao uso deliberado e flexível de operações mentais para a resolução de novos problemas que não podem ser executados de forma automática. Engloba fatores específicos de raciocínio indutivo e dedutivo
Gwm	Memória de trabalho de curto prazo	Capacidade de apreender, manter e processar informações na consciência em uma situação imediata
Gl	Eficiência de aprendizagem	Capacidade de armazenar e consolidar informações na memória de longo prazo
Gr	Fluência de recuperação	Capacidade de recuperar informações da memória de longo prazo de maneira fluente por associação
Gs	Velocidade de processamento	Habilidade de realizar tarefas cognitivas relativamente fáceis de forma automática e fluente, especialmente quando exigem atenção
Gt	Velocidade de decisão/reação	Habilidade de tomar decisões e emitir respostas logo após a apresentação do estímulo
		Capacidades ligadas ao conhecimento adquirido
Gc	Inteligência cristalizada	Capacidade ligada à amplitude e à profundidade de conhecimentos gerais valorizados pela cultura
Gkn	Conhecimento de domínios específicos	Capacidade ligada à amplitude, à profundidade e ao domínio de conhecimentos especializados em determinado assunto ou disciplina

Grw	Leitura/escrita	Capacidade ligada à amplitude e à profundidade de conhecimentos de leitura e escrita armazenados de forma declarativa e procedural
Gq	Conhecimento quantitativo	Capacidade ligada à amplitude e à profundidade de conhecimentos sobre a linguagem matemática, quantitativa e numérica armazenados de forma declarativa e procedural
	Capacidades ligadas ao sistema perceptomotor	
Gv	Processamento visual	Capacidade de gerar, armazenar, evocar e modificar imagens visuais
Ga	Processamento auditivo	Capacidade de detectar, processar e integrar atribuindo sentido a estímulos sonoros
Gh	Habilidade tátil	Capacidades envolvidas na percepção e no julgamento de sensações que são recebidas por meio do tato
Gk	Habilidade cinestésica	Capacidades ligadas aos receptores sensórios que detectam a posição corporal, o peso ou o movimento dos músculos, dos tendões e das articulações
Go	Habilidade olfatória	Capacidade de detectar, processar e integrar informações olfativas atribuindo sentido a esses estímulos
Gp	Habilidade psicomotora	Capacidade de realizar movimentos motores com força, precisão e coordenação
Gps	Velocidade psicomotora	Capacidade de realizar movimentos motores de forma rápida e fluente amplamente independente do controle cognitivo

Fonte: Elaborado com base em McGrew (2009) e McGrew, LaForte e Schrank (2014).

O escore geral obtido por meio da BPR-5 é considerado uma medida do raciocínio fluido, também conhecido como inteligência fluida (Gf), de forma que todos os subtestes associam-se principalmente com Gf. Por sua vez, o raciocínio fluido é o melhor indicador do fator geral da inteligência (fator *g*). A literatura recente, integrando estudos psicométricos, cognitivos e de neurociências, indica que os processos cognitivos subjacentes ao raciocínio fluido são aqueles chamados de funções executivas, ou atenção executiva (Kovacs & Conway, 2016). Assim, raciocinar em situações novas, fazer abstrações e perceber similaridade em padrões de informação complexos depende da manutenção de informações relevantes na mente, mesmo diante de demandas simultâneas, para processar outras informações, e/ou de estímulos distratores que competem pela atenção. Tem relação com a capacidade de memória de trabalho (Gwm) referindo-se à quantidade máxima de informação que um indivíduo pode manter e processar em sua memória de curto prazo. Relaciona-se ao comportamento voluntário *top-down*, orientado para objetivos, e à atenção sustentada (polarização e sincronização voluntária de diferentes modalidades de informação no cérebro), resistente a distratores em atividades de resolução de problemas complexos.

Além disso, os diferentes subtestes associam-se também a outros fatores amplos da inteligência. Dessa forma, a Prova de Raciocínio Verbal (RV) é associada à inteligência cristalizada (Gc); a Prova de Raciocínio Espacial (RE), à capacidade de processamento visual (Gv); a Prova de Raciocínio Numérico (RN) é em parte associada à habilidade quantitativa, ao processamento visual e à memória de trabalho; a Prova de Raciocínio Mecânico (RM) é associada aos conhecimentos práticos mecânicos (Gkn) e ao processamento visual; e a Prova de Raciocínio Abstrato (RA) está associada principalmente ao raciocínio fluido (Almeida & Primi, 2000; Campos, 2005; Primi, Nakano, & Wechsler, 2012). Da mesma forma, os conteúdos específicos dos itens em cada uma das cinco provas podem relacionar-se com as experiências

acadêmicas e extra-acadêmicas dos alunos, incluindo aqui as suas motivações e os seus interesses, o que possibilita também uma análise qualitativa e contextualizada dos seus níveis de desempenho na BPR-5.

BREVE DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO, SUA ADMINISTRAÇÃO E APLICAÇÕES

A BPR-5 tem como objetivo avaliar as capacidades de raciocínios a partir de cinco conteúdos (abstrato, verbal, espacial, numérico e mecânico), que, por sua vez, agregadas, constituem uma medida global. Assim, permite a avaliação das forças e das fraquezas do indivíduo em cinco domínios de realização cognitiva e fornece um escore geral, que representa uma estimativa do fator *g*/raciocínio fluido. Combinando essas fontes de informação, podem-se obter um perfil individual de desempenho cognitivo e uma estimativa do potencial cognitivo dos sujeitos.

A BPR-5 é organizada em duas formas (A e B), com cinco subtestes cada, sendo que a Forma A é dirigida a estudantes do 7º ao 9º ano (antigas 6ª e 8ª séries) do ensino fundamental, com idades entre 12 e 15 anos. A Forma B, por sua vez, é voltada para estudantes da 1ª à 3ª série do ensino médio, com idades entre 15 e 18 anos. A Forma B também tem sido utilizada para avaliação de universitários e adultos. O manual da BPR-5 está sendo revisado com previsão de publicação em 2017 e incluirá uma atualização das normas já existentes para as faixas etárias mencionadas. Além disso, a Forma B incluirá normas para universitários e adultos. As tabelas de conversão serão feitas para diferentes combinações de escolaridade e idade do ensino fundamental até o final da idade adulta. Fazendo correspondência aos diferentes tipos de raciocínio avaliados, a BPR-5 é composta pelos subtestes descritos a seguir.

Prova de Raciocínio Abstrato (RA): mede a capacidade de estabelecer relações abstratas em situações novas para as quais se tem pouco conhecimento previamente aprendido. É composta por 25 itens de conteúdo abstrato que envolve analogia com figuras geométricas. Para a realização da prova, é necessário que se descubra a relação existente entre os dois primeiros termos e aplicá-la ao terceiro, para se identificar a quarta figura entre as cinco alternativas de resposta. O tempo limite para a resolução da prova é de 12 minutos. A Figura 6.1.1 traz exemplificação do item da prova.

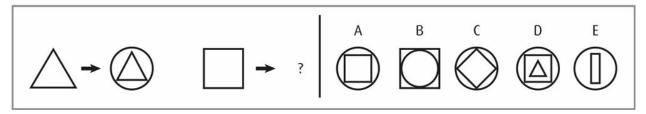



Figura 6.1.1 Exemplo de item da Prova RA.

Prova de Raciocínio Verbal (RV): mede a capacidade de estabelecer relações abstratas entre conceitos verbais e a extensão de vocabulário. É composta por 25 itens envolvendo analogia entre palavras. A relação analógica existente entre um primeiro par de palavras deverá ser descoberta e aplicada de forma a identificar, entre as cinco alternativas de resposta, a quarta palavra que mantenha a mesma relação com uma terceira apresentada. O tempo limite para a resolução da prova é de 10 minutos. Exemplo de item da Prova RV consta na Figura 6.1.2.

Prova de Raciocínio Verbal (RV)

Dia está para **Noite** como **Claro** está para

A. **Luz** B. **Energia** C. **Escuro** D. **Claridade** E. **Nuvem**

Figura 6.1.2 Exemplo de item da Prova RV.

Prova de Raciocínio Espacial (RE): mede a capacidade de visualização, isto é, de formar representações mentais visuais e manipulá-las, transformando-as em novas representações. É composta por 20 itens nos quais existem séries de cubos tridimensionais em movimento. Os movimentos podem ser constantes (p. ex., sempre para a direita) ou alternados (p. ex., para a esquerda e para cima). Descobrindo-se o movimento por meio da análise das diferentes faces, deve-se escolher, entre as alternativas de resposta, a representação do cubo que se seguiria se o movimento descoberto fosse aplicado ao último cubo da série. O tempo limite para a resolução da prova é de 18 minutos. Exemplo de item da prova consta na Figura 6.1.3.

Prova de Raciocínio Espacial (RE)

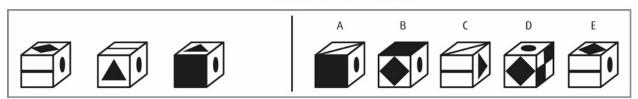



Figura 6.1.3 Exemplo de item da Prova RE.

Prova de Raciocínio Numérico (RN): mede a capacidade de raciocinar indutiva e dedutivamente com símbolos numéricos em problemas quantitativos e o conhecimento de operações aritméticas básicas. É composta por 20 itens na forma de séries de números lineares ou alternadas. Para a realização da prova, o sujeito deve descobrir a relação aritmética que rege as progressões nas séries e aplicá-la respondendo quais seriam os dois últimos números que completariam a série. O tempo limite para a resolução da prova é de 18 minutos. A Figura 6.1.4 traz exemplo de item da prova.

Prova de Raciocínio Numérico (RN)

Veja o exemplo abaixo. Analise a série de números e descubra quais os dois números que viriam a seguir nos locais marcados com pontos de interrogação (? ?):

1 3 5 7 9 ? ?

Figura 6.1.4 Exemplo de item da Prova RN.

Prova de Raciocínio Mecânico (RM): mede a capacidade de integrar as informações com a figura descritiva da situação, propondo problemas de conhecimento prático de mecânica e física, adquiridos principalmente em experiências cotidianas e práticas. É composta por 25 itens constituídos por gravuras que retratam um problema e opções de resposta. As questões referem-se a problemas práticos que envolvem conteúdos físico-mecânicos. A resposta é dada escolhendo-se entre as alternativas aquela que melhor responde à questão proposta pelo

problema. O tempo limite para a resolução da prova é de 15 minutos. A Figura 6.1.5 traz exemplo de item da Prova RM.

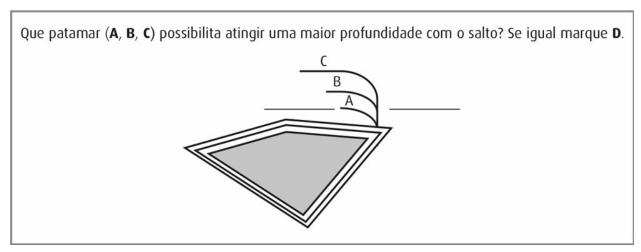



Figura 6.1.5 Exemplo de item da Prova RM.

É possível fazer a aplicação da bateria completa ou só de um ou mais subtestes dependendo da necessidade imposta pela avaliação. A aplicação completa dos subtestes da BPR-5 deve seguir a ordem recomendada no manual e o tempo limite específico para a realização de cada subteste, sendo que o tempo total de aplicação, incluindo as instruções, é de cerca de 1 hora e 40 minutos. A aplicação pode ocorrer de forma individual ou coletiva, recomendando-se que a aplicação integral da bateria ocorra em duas sessões.

A aplicabilidade da BPR-5 relaciona-se a diferentes áreas da psicologia, incluindo psicologia escolar, organizacional, clínica, neuropsicologia e orientação profissional, na medida em que é capaz de avaliar aptidões e raciocínio geral de forma rápida e eficiente, fornecendo suporte para decisões em diferentes contextos, tais como seleção de candidatos, escolha profissional e avaliação das dificuldades de aprendizado. Desde sua construção, diversos estudos foram conduzidos com o instrumento, atestando sua aplicabilidade, validade e fidedignidade em grupos bastante diferenciados, conforme será visto no próximo tópico.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

A BPR-5 tem sido o instrumento de medida da inteligência mais utilizado em pesquisas científicas, conforme estudo de revisão realizado por Campos e Nakano (2012). Essa situação também ocorre em Portugal com bateria congênere. Com a finalidade de realizar uma revisão das publicações científicas que utilizaram a BPR-5 como instrumento de medida desde sua publicação no ano 2000, foi feita uma busca na base de dados IndexPsi e PsychINFO, no mês de agosto de 2016, com os termos "BPR" e "Bateria&Provas&Raciocínio", tanto no título quanto no resumo. Foram encontrados 50 artigos que utilizaram a BPR-5 entre 2000 e 2016, em revistas nacionais e internacionais.

Também foi feita uma busca no Google Scholar, com auxílio do programa *Publish or Perish* (http://www.harzing.com/resources/publish-or-perish). Utilizaram-se as palavras "BPR-5" e "raciocínio". Essa busca retornou 365 artigos os quais receberam 2.289 citações com índice H de 26, isto é, 26 artigos com mais de 26 citações, em média seis citações por artigo no período de 2000 a 2016. Conclui-se que a BPR-5 foi alvo de uma quantidade grande de estudos. Uma síntese dos principais achados das pesquisas é apresentada a seguir, de acordo com a qualidade psicométrica encontrada (precisão, validade com evidências baseadas no conteúdo, validade com evidências baseadas na estrutura interna e validade com evidências baseadas nas relações com variáveis externas). Além disso, foram incluídas seis teses e dissertações que utilizaram o instrumento.

Precisão

A precisão indica o quanto os escores obtidos na BPR-5 são estáveis em razão de erros de medida. Os coeficientes de consistência interna das provas da BPR-5 variam de 0,70 (RM) a 0,91 (RN) com média de 0,83. A precisão dos escores globais está entre 0,93 a 0,96. Assim, os coeficientes de precisão são bastante altos indicando uma alta consistência dos escores (Primi & Almeida, 2000, p. 41; Tabela 19). Nos escores gerais, estima-se um erro de medida ao redor de 3,3 pontos no Escore Padrão Normalizado (APN).

Validade: evidências baseadas no conteúdo

Estudos de validade de conteúdo identificam se os itens de um instrumento representam adequadamente o construto que pretendem avaliar. Um estudo realizado por Campos (2005) traz em seus resultados análises que mostram que o conteúdo da BPR-5 abrange os fatores de inteligência fluida, inteligência cristalizada e processamento visual. Além disso, o conteúdo da BPR-5 está relacionado às habilidades específicas de raciocínio sequencial geral, raciocínio indutivo, raciocínio quantitativo, conhecimento lexical, visualização, relações espaciais e manipulação de imagens (Campos, 2005). Couto (2007) buscou desenvolver escalas com interpretações referenciadas nos itens, para as provas de RA e RN da BPR-5, usando os procedimentos metodológicos desenvolvidos pela Teoria de Resposta ao Item (TRI) e análise cognitiva dos itens. O resultado final foi a apresentação de uma escala descritiva dos tipos de operações que estão presentes em cada item em uma faixa de dificuldade.

Validade: evidências baseadas na estrutura interna

Nesses estudos, as matrizes de correlações entre os itens ou entre as escalas são examinadas testando se a estrutura formada é condizente com o modelo proposto pela teoria sobre o construto que é medido no instrumento. Espera-se que os itens e as escalas se organizem em fator geral, mas também que os itens de provas formem fatores específicos. Primi, Silva, Santana, Muniz e Almeida (2013) testaram o ajuste de um modelo bifatorial em uma análise fatorial incluindo todos os itens da bateria, assumindo-se a organização prevista de um fator geral e fatores de grupo para cada prova indicando os fatores específicos. O modelo bifatorial teve melhor ajuste que um modelo unifatorial. O fator geral explica geralmente 34% da variância comum aos itens, e os fatores de grupo explicam de 2 a 8% adicionais, dependendo da prova. Essa análise corroborou o modelo teórico da BPR-5 enfatizando o maior peso do fator geral na variância dos resultados e trazendo evidência positiva da estrutura interna.

Couto (2005) realizou uma análise psicométrica da BPR-5 utilizando a TRI. Como resultado, foi verificada a invariância dos parâmetros em relação ao modelo usado na estimação e em relação à população. Os dados da BPR-5 revelaram se ajustar melhor ao modelo de 3-parâmetros, mas houve também ajuste ao modelo de 2-parâmetros e ao modelo de Rasch. O estudo demonstrou que, devido às vantagens alcançadas, recomenda-se utilizar os valores dos parâmetros estimados pelo modelo de Rasch. Isso porque as correlações entre as estimativas de habilidades previstas pelos diferentes modelos foram muito próximas. Assim, sugere-se o modelo mais simples que permite a construção de mapas de construtos com maior facilidade aprimorando a interpretação da escala.

No nível das escalas, quando foram desenvolvidas, foi realizada uma análise fatorial da matriz de correlação entre os cinco subtestes, o que resultou em um único fator explicando aproximadamente 55% da variância, representando uma medida de inteligência geral/raciocínio fluido (Primi & Almeida, 2000). Várias análises posteriores com amostras diferentes corroboraram essa estrutura, destacando, dessa forma, a BPR-5 como uma boa medida do fator *g*.

Em análises fatoriais de baterias, se determinado construto não é representado por pelo menos três indicadores, surgem problemas em identificar adequadamente as variáveis latentes correspondentes. Nas análises fatoriais feitas com os cinco subtestes da BPR-5, como o que existe de comum é o raciocínio fluido e como não há outros subtestes que compartilham os fatores específicos, o que se obtém é um fator geral. Assim, um estudo fatorial mais elaborado envolve a aplicação do teste com outras baterias para se ter uma representação mais ampla dos construtos. Primi e colaboradores (2012) fizeram uma análise fatorial confirmatória em uma amostra de universitários que responderam à BPR-5 e à bateria Woodcock-Johnson (WJ-III). Na bateria WJ-III, havia testes representando raciocínio fluido, inteligência cristalizada e processamento visual. O resultado desse estudo indicou que o modelo com três fatores Gf, Gc e Gv obteve melhor ajuste em relação ao modelo com um único fator geral, evidenciando a validade de cada um dos fatores específicos nas provas. Almeida e colaboradores (2010) fizeram um estudo incluindo duas outras provas de raciocínio fluido (Matrizes Progressivas de Raven e G36 – Teste Não Verbal de Inteligência) gerando-se assim uma super-representação desse fator. Os resultados desse estudo sugerem dois fatores (Gf e Gc) no qual as provas de RV e RN têm cargas no fator de inteligência cristalizada. Tal estudo também corrobora a intepretação dos fatores específicos associados às provas.

Um ponto importante refere-se à prova de RN. Os estudos feitos até aqui indicam que essa é uma prova fatorialmente mais complexa que requer raciocínio fluido, conhecimento matemático (conhecimento procedural de operações matemáticas básicas compartilhando variância com Gc)

e também visualização nos itens mais complexos para amostras com participantes de maior idade. Em síntese, esses estudos evidenciam a validade da estrutura interna teorizada para a BPR-5 como medida ampla do fator geral e raciocínio fluido e também dos seguintes fatores amplos: inteligência cristalizada, processamento visual e conhecimento e raciocínio matemático.

Validade: evidências baseadas nas relações com outras variáveis

Validade com outras variáveis diz respeito às correlações dos testes com variáveis externas que se supõe estarem associadas ao construto medido pelo teste. Quando são de interesse direto a um contexto específico (escolar, saúde, organizacional, clínico e político) e são, portanto, socialmente valorizadas, cuja previsão traz alguma utilidade, essas variáveis externas são chamadas de critérios externos. As medidas de critério podem ser obtidas ao mesmo tempo em que as medidas de raciocínio (critério concorrente) são obtidas ou em um momento posterior (critério preditivo). Foram feitos vários estudos de validade de critério para a BPR-5 com diferentes tipos de variáveis: idade, desempenho acadêmico (por meio de testes padronizados e também notas escolares), reprovação escolar, desempenho no ENEM, desempenho no trabalho, acidentes de trabalho, percepção de risco e avalição de impacto de programas educacionais.

Em relação ao contexto educacional, os resultados da BPR-5 se correlacionam positivamente com notas escolares e desempenho em testes padronizados. Geralmente, a magnitude dos coeficientes de validade é de moderada a alta entre 0,35 a 0,65 (Almeida, Guisande, Primi, & Lemos, 2008; Almeida & Primi, 2004; Brito et al., 2000; Lemos et al., 2010; Lemos, Almeida, Guisande, & Primi, 2008; Primi & Almeida, 2000; Primi, Ferrão, & Almeida, 2010; Santos et al., 2000). Além disso, os escores se correlacionam negativamente com reprovação escolar. Esses resultados são consistentes com o poder preditivo esperado do fator geral medido na BPR-5.

No entanto, além disso, os fatores específicos em cada prova adicionam validade preditiva incremental, como foi demonstrado por Almeida e colaboradores (2008). Nesse estudo, os autores usaram modelagem com equações estruturais e encontraram que, depois de controlar o fator geral, a parte específica das provas tinha validade incremental em predizer as notas, especialmente desempenho em português a partir da prova RV e desempenho em matemática a partir da prova RN.

A principal interpretação do fator *g*/raciocínio fluido é que ele reflete a capacidade de aprender em situações novas, o que explica as correlações com desempenho acadêmico. Entretanto, raramente se mede aprendizagem com medidas de crescimento, isto é, medidas de aprendizagem ocorrida em um intervalo de tempo pela subtração de medidas finais (*t1*) das iniciais (*to*), tendo uma escala comparável pela TRI.

Um estudo bastante interessante em razão da adoção de uma metodologia mais avançada realizou três medidas longitudinais e estimou a aprendizagem de cada aluno com o modelo multinível de mudança. Nesse estudo, Primi e colaboradores (2010) mostraram que o raciocínio fluido medido na BPR-5 está associado não só à aprendizagem matemática no início de um período escolar, mas também à taxa de crescimento, isto é, à aprendizagem mais acelerada, como se postula na teoria sobre inteligência fluida. Alunos com mais raciocínio fluido cresciam mais rapidamente no conhecimento matemático e acima do que seria previsto pelo nível inicial.

Os padrões normativos das habilidades cognitivas medidas na BPR-5 seguem as configurações esperadas como demonstram os estudos de correlação dos escores nos subtestes da BPR-5 com a idade. Assim, por exemplo, os subtestes se correlacionam positivamente com idade

em amostras de crianças e adolescentes e negativamente em amostras com idosos (Barbosa, 2006; Primi, Couto, Almeida, Guisande, & Miguel, 2012). Esses estudos reforçam a validade das interpretações dos escores da BPR-5 como medidas de raciocínio fluido cujo padrão de associação é curvilíneo, com uma associação positiva até o jovem adulto e, a partir daí, um declínio com o passar da idade.

Um dos estudos mais importantes para o contexto organizacional como pré-requisito do uso de um teste em processos seletivos é o que demonstra a validade de critério para predizer desempenho no trabalho. Nesse contexto, os resultados na BPR-5 se correlacionam com a avaliação de desempenho no trabalho realizada pelo supervisor e colega de trabalho (r = 0,321 e r = 0,192, respectivamente) (Filizatti, 2004). Em outro estudo, um dos achados mais importantes nesse contexto foi de que a BPR-5 consegue predizer acidentes de trabalho em um grupo de eletricistas que executa serviços de alto risco com linhas de alta tensão. Encontraram-se correlações negativas indicando que pessoas com resultados relativamente mais baixos têm propensão maior a se envolver em acidentes. Um achado interessante foi de que as magnitudes da validade preditiva foram mais altas para funcionários com menos tempo de experiência se comparados com funcionários com mais tempo de experiência (r = -0,42 vs. -0,16 para RE, r = -0,39 vs. -0,06 para RA e r = -0,37 vs. -0,24 para RV). Esses resultados são condizentes com o fato de que o fator *g*/raciocínio fluido importa mais nas fases iniciais de carreira, enquanto a pessoa está adquirindo e cristalizando o conhecimento profissional do seu trabalho. Já em pessoas com mais experiência, a inteligência cristalizada é mais importante. É interessante notar que os coeficientes de validade preditiva da prova RV são relativamente mais similares nos dois grupos (Baumgartl & Nascimento, 2004; Baumgartl & Primi, 2006).

Os escores da BPR-5 também se relacionam com a percepção de risco, medida por meio da Escala de Percepção e Intenção de Apresentar Comportamento de Risco e da Escala de Intenção de Apresentar Comportamento Arriscado. Observam-se correlações positivas de RV com percepção de risco legalético (r = 0,31) e com percepção de risco à saúde (r = 0,31) (Paulino & Lopes, 2010).

Quando os escores obtidos na BPR-5 são comparados a testes que também se propõem a medir a inteligência, isto é, estudos de validade convergente, encontram-se correlações positivas entre o escore geral da BPR-5 e o SONR 640 (r = 0,74); entre as Provas RA e RV e os subtestes verbais da Escala Wechsler de Inteligência Abreviada (WASI) (r = 0,51 a 0,77); entre a Prova RA e o teste Matrizes Progressivas Avançadas de Raven (r = 0,48); e entre o escore geral latente derivado de uma análise fatorial confirmatória e o teste de Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral (r = 0,79) (Flores-Mendoza et al., 2013; Heck et al., 2009; Laros, Almeida, Valentini, & Lima, 2015; Nunes et al., 2012).

Vários estudos envolvendo outros construtos que geralmente têm relação com inteligência de magnitude moderada (criatividade e inteligência emocional) a baixa (personalidade e interesses profissionais) empregaram a BPR-5 como medida das capacidades cognitivas. A Tabela 6.1.1 exibe os resultados desses estudos.

TABELA 6.1.1
Estudos de validade divergente com a BPR-5, incluindo os construtos e os instrumentos correlacionados, bem como os coeficientes de correlação e as referências

Construto	Instrumento	Coeficiente de correlação	Referência
Percepção de emoções	Escala Multifatorial de Inteligência Emocional	r = 0,31	Bueno & Primi, 2003

Inteligência emocional	Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)	*r* = 0,35	Cobêro, Primi, Ricardo, & Muniz, 2006
		r = 0,018	Jesus Junior & Noronha, 2007
Traços de personalidade	Questionário de Personalidade 16PF	*r* = 0,31	Primi et al., 2002
	Inventário Fatorial de Personalidade (IFP)	*r* = 0,22	Santos & Nascimento, 2012
	Teste Wartegg	*r* = 0,31	Souza, Primi, & Miguel, 2007
Interesses profissionais	Levantamento de Interesses Profissionais (LIP)	*r* = 0,34	Godoy, Noronha, Ambiel, & Nunes, 2008
Percepção de risco e intenção de apresentar comportamento de risco	Escala de Percepção e Intenção de Apresentar Comportamento de Risco e Escala de Intenção de Apresentar Comportamento Arriscado	*r* = 0,45	Paulino & Lopes, 2010
Criatividade	Metaphor Creation Test (MCT)	*r* = 0,48	Barros, Primi, Miguel, Almeida, & Oliveira, 2010
Habilidades sociais	Inventário de Habilidades Sociais	*r* = 0,16	Soares, Seabra, & Gomes, 2014
Inteligência espiritual	Inventário de Inteligência Espiritual	*r* = 0,41	Oliveira, Pascalicchio, & Primi, 2012

* Correlações referem-se a dimensões específicas com determinadas Provas da BPR-5. Quando há mais de uma correlação, apresenta-se a correlação de maior magnitude.

É possível notar que os resultados desses estudos nos mostram como os escores da BPR-5 estão relacionados com magnitudes mais altas, quando a variável externa tem um componente forte cognitivo, e mais baixas, quando não há esse componente. Os construtos "inteligência emocional", medido pelo Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT), e "criatividade", medido pelo Teste de Criação de Metáforas, são compreendidos como relacionados à inteligência, mas não sobrepostos. As correlações geralmente moderadas corroboram essa interpretação (Barros, Primi, Miguel, Almeida, & Oliveira, 2010; Bueno & Primi, 2003; Cobêro, Primi, & Muniz, 2006; Jesus & Noronha, 2007; Passos, Valle-Ribeiro, & Barbosa, 2014; Primi, Bueno, & Muniz, 2006).

Já as correlações com traços de personalidade, medidos por meio dos testes Questionário de Personalidade 16PF, Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), Bateria Fatorial de Personalidade, Inventário de Habilidades Sociais (IHS), Wartegg, Pirâmides Coloridas de Pfister e Zulliger, são na sua maioria baixas, evidenciando a validade discriminante. Sempre que se fazem análises fatoriais conjuntas dos vários construtos, a BPR-5 se separa como um fator distinto da personalidade (Nunes & Noronha, 2009; Primi et al., 2006). Há correlações entre fatores específicos com algumas provas indicando padrões interessantes, mas sempre de baixa magnitude. Por exemplo, no teste Zulliger, há associações baixas com o número de respostas (R), forma bem vista (F+), respostas cromáticas com forma (FC), movimento humano (M+) e respostas com dimensionalidade (FK, KF e F), conteúdos animais, humanos e botânicos, os quais

indicam produção intelectual, recursos cognitivos e respostas de maior qualidade e que exigem processamento visual (Costa, 2004; Nunes & Noronha, 2009; Oliveira, Pascalicchio, & Primi, 2012; Primi et al., 2002; Primi, Güntert, & Alchieri, 2002; Santos & Nascimento, 2012; Soares, Seabra, & Gomes, 2014; Souza, Primi, & Miguel, 2007).

No que se refere a estudos que correlacionam a BPR-5 com os interesses profissionais, há estudos com os testes: Levantamento de Interesses Profissionais (LIP), Questionário de Busca Autodirigida (SDS) e Escala de Aconselhamento Profissional (EAP). As correlações entre os testes e a bateria evidenciam mais uma vez que se trata de construtos distintos. No entanto, há algumas correlações de baixas a moderadas que indicam a interação dinâmica entre as capacidades cognitivas e a cristalização de interesses em áreas profissionais distintas, conforme previsto pelo modelo teórico CHC.

Por exemplo, os estudos encontram associações ao redor de 0,30 (sobretudo em meninos) entre os escores das provas RM e RE com interesses realistas e em ciências físicas e habilidades matemáticas. Isso está de acordo com a previsão de que as capacidades cognitivas ligadas ao processamento visual (Gv) estão associadas a desempenhos mais altos e busca de carreiras nas áreas de ciências, tecnologia, engenharia e matemática. Além disso, entre as meninas há uma correlação negativa moderada (r = -0,35 a -0.40) entre as provas RM e RN e os interesses sociais. Os interesses sociais são mais pronunciados nas meninas. Esses resultados indicam que as habilidades ligadas ao processamento visual estão associadas a um desvio desse perfil típico, diminuindo os interesses sociais. Essas informações sobre gênero, habilidade específica e interesses indicam a utilidade das provas da BPR-5 na orientação profissional (Nunes & Noronha, 2009; Primi, Mansão, Muniz, & Nunes, 2010).

PESQUISAS RECENTES NOS CONTEXTOS CLÍNICO E NÃO CLÍNICO

Um dos aspectos práticos importantes das baterias multidimensionais é saber interpretar os diferentes perfis cognitivos, de forma a compreender as forças e as fraquezas da pessoa avaliada facilitando o diagnóstico na avaliação psicológica. Um estudo importante nessa linha foi o realizado por Almeida e Primi (2004) no qual foram descritos os perfis mais comuns encontrados nas amostras de normatização brasileiras e portuguesas da BPR-5. Foram encontrados perfis similares nos dois países, sendo que os perfis mais frequentes (27,4% da amostra brasileira) se encaixam na categoria discrepante, ou seja, é mais frequente que os indivíduos apresentem pelo menos uma capacidade inferior à média e uma superior à média.

No que se refere a pesquisas com amostras clínicas, a BPR-5 foi utilizada como instrumento em estudo de caso para avaliar a discrepância entre desempenho escolar e capacidade intelectual em dois indivíduos com dotação em alta habilidade intelectual (Oliveira & Barbosa, 2015). Ainda no contexto da superdotação, há relato de estudo de caso em que a BPR-5 foi utilizada como medida para avaliar a capacidade intelectual de par de gêmeos monozigóticos (Passos & Barbosa, 2011). Há relato de utilização de provas da BPR-5 com adolescentes surdos. Foi observado melhor desempenho em raciocínio espacial nessa amostra do que na amostra normativa, sugerindo que os surdos têm a capacidade de visualização mais desenvolvida do que as outras habilidades avaliadas (Monteiro & Andrade, 2005).

No contexto de orientação profissional, a BPR-5 foi utilizada para avaliar o perfil de adolescentes em processo de escolha profissional e embasar sua escolha, sendo verificado estabilidade na escolha após 15 meses da orientação profissional (Ambiel, 2010). E, no contexto organizacional, há relato de caso em que a BPR-5 foi utilizada para agrupar e descrever os estilos cognitivos de aprendizagem em amostra de funcionários da populaçãoalvo de um curso de negociação empresarial que seria ministrado por uma empresa de telecomunicações (Madeira, Wainer, Verdin, Alchieri, & Diehl, 2002).

A BPR-5 também foi usada para avaliar o impacto do programa Lego Educacional, que propõe materiais e atividades com *kits* específicos visando ao desenvolvimento de capacidades cognitivas e socioemocionais. Nesse caso, a bateria foi usada como medida das capacidades cognitivas que seriam alvo desse programa. Ponczek e Pinto (2016) avaliaram 3.500 alunos em 30 escolas da cidade de Recife em um desenho randomizado com grupo-controle e experimental, sendo que a BPR-5 foi aplicada no início e no final do programa. Esse estudo observou um impacto do programa Lego nas provas RV e RE. Isso demonstra a utilidade da BPR-5 em estudos de impacto de programas educacionais.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O INSTRUMENTO E SEU USO

Em suma, essa revisão mostra uma série de evidências positivas indicando que a BPR-5 pode ser usada como instrumento de medida da capacidade global (fator *g* /Gf) e também na medida de capacidades cognitivas mais específicas, o que inclui os diferentes tipos de raciocínio avaliados. Além disso, pode ser capaz de mensurar outras habilidades cognitivas, especialmente Gv, Gc e, de certa forma, aspectos da Gwm. Ela é indicada para descrever as forças e as fraquezas dessas capacidades cognitivas em variados contextos. Há evidência de capacidade preditiva de desfechos importantes, o que atesta sua utilidade em contextos específicos, como educacional (prevendo insucesso ou dificuldades na aprendizagem, retenção e abandono), do trabalho e organizacional (predizendo desempenho no trabalho e em acidentes) e para orientação profissional (predizendo escolhas vocacionais, preferências laborais e interesses). Seu propósito descritivo também atesta o uso em contextos clínicos, de saúde e em avaliações neuropsicológicas, considerando a relação bastante estreita entre Gf e funções executivas. Sua aplicação é flexível, podendo ser usada em sua totalidade ou com cada prova em separado ou, ainda, de maneira combinada a partir da seleção dos subtestes de interesse. O manual técnico está passando por uma revisão e em breve estará disponível com normas ampliadas e atualizadas para crianças, adolescentes e adultos com diferentes combinações de idade e escolaridade, visando a tornar seu uso mais prático. Além disso, está em andamento o desenvolvimento de uma forma chamada BPRe, que avalia os mesmos fatores e emprega a tecnologia da TRI de avaliação adaptativa computadorizada via *web*. Tal versão reduzirá em 50% o tempo de aplicação da prova.

REFERÊNCIAS

Almeida, L. S. (1986). *Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD)*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Almeida, L. S. (1988). *O raciocínio diferencial de jovens*. Porto: INIC.

Almeida, L. S., & Primi, R. (2000). *Bateria de Provas de Raciocínio. Manual Técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Almeida, L. S., & Primi. R. (2004). Perfis de Capacidades Cognitivas na Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5). *Psicologia Escolar e Educacional*, *2*(8), 135-144.

Almeida, L. S., Antunes, A. M., Martins, T. B. O., & Primi, R. (1997). Bateria de provas de raciocínio (BPR-5): Apresentação de procedimentos na sua construção. Anais I Congresso Luso-espanhol de psicologia e educação. *Actas*, 295-298.

Almeida, L. S., Guisande, M. A., Primi, R., & Lemos, G. (2008). Contribuciones del factor general y de los factores específicos en la relación entre inteligencia y rendimiento escolar. *European Journal of Education and Psychology*, *1*(3), 5-16.

Almeida, L. S., Nascimento, E., Lima, A. O. F., Vasconcelos, A. G., Akama, C. T., & Santos, M. T. (2010). Bateria de provas de raciocínio (BPR5): Estudo exploratório em alunos universitários. *Avaliação Psicológica*, *9*(2), 155162.

Ambiel, R. A. M. (2010). Um estudo de caso em Orientação Profissional: Os papéis da avaliação psicológica e da informação profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, *11*(1), 133143.

Barbosa, M. A. (2006). *Evidências de validade da Bateria BPR-5 para Idosos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia. Universidade São Francisco, Itatiba.

Barros, D. P., Primi, R., Miguel, F. K., Almeida, L. S., & Oliveira, E. P. (2010). Metaphor Creation: A measure of creativity or intelligence?. *European Journal of Education and Psychology, 3*, 103-115.

Baumgartl, V. O., & Nascimento, E. (2004). A Bateria de Provas de Raciocínio (BPR5) aplicada a um contexto organizacional. *Psico USF*, *9*(1), 110.

Baumgartl, V. O., & Primi, R. (2006). Evidências de validade da bateria de provas de raciocínio (BPR5) para seleção de pessoal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*(2), 246251.

Brito, M. R. F., Munhoz, A. M. H., Primi, R., Gonçalez, M. H., Rezi, V., Neves, L. F., ... & Marinheiro, F. B. (2000). Exames nacionais: Uma análise do ENEM aplicado à matemática. *Revista Avaliação, 4*(5), 45-53.

Bueno, J. M. H., & Primi, R. (2003). Inteligência emocional: Um estudo de validade sobrea capacidade de perceber emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*,*16*(2), 279291.

Campos, C. R., & Nakano, T. C. (2012). Produção científica sobre avaliação de inteligência: O estado da arte. *Interação em Psicologia*, *16*(2), 271282.

Campos, H. R. (2005). *Análise de Conteúdo e sua Relação com a Dificuldade dos Itens da Bateria de Provas de Raciocínio (BPR-5).* Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco,

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Itatiba.

Cobêro, C., Primi, R., & Muniz, M. (2006). Inteligência emocional e desempenho no trabalho: Um estudo com MSCEIT, BPR5 e 16PF. *Paidéia*, *16*(35), 337348.

Costa, O. R. S. (2004). *Um estudo correlacional das pirâmides de Pfister e a BPR-5.* Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Itatiba.

Couto, G. (2005). *Análise Psicométrica da Bateria de Provas de Raciocínio Utilizando a Teoria de Resposta ao Item*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia.

Couto, G. (2007). *Desenvolvimento de Escalas com Interpretação Referenciada nos Itens para a Bateria de Provas de Raciocínio*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

Filizatti, R. (2004). *Estudo de validação dos testes 16 PF e BPR-5 no contexto organizacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Itatiba.

Flores-Mendoza, C., Widaman, K. F., Rindermann, H., Primi, R., Mansur-Alves, M., & Pena, C. C. (2013). Cognitive sex differences in reasoning tasks: Evidence from Brazilian samples of educational settings. *Intelligence, 41*(1), 70-84.

Godoy, S., Noronha, A. P. P., Ambiel, R. A. M., & Nunes, M. F. O. (2008). Instrumentos de inteligência e interesses em orientação profissional. *Estudos de Psicologia (Natal), 13*(1), 7581.

Heck, V. S., Yates, D. B., Poggere, L. C., Tosi, S. M. V. D., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2009). Validação dos subtestes verbais da versão de adaptação da WASI. *Avaliação Psicológica, 8*(1), 3342.

Jesus, A. G., Jr., & Noronha, A. P. P. (2007). Inteligência emocional e provas de raciocínio: Um estudo correlacional. *Psicologia Reflexão e Crítica, 20*(3), 480489.

Kovacs, K., & Conway, A. R. A. (2016). Process Overlap Theory: A unified account of the general factor of intelligence. *Psychological Inquiry, 27*(3), 151-177.

Laros, J. A., Almeida, G. O. N., Valentini, F., & Lima, R. M. F. (2015). Dimensionalidade e evidências de validade convergente do SONR 640. *Temas em Psicologia, 23*(4), 929945.

Lemos, G., Almeida, L. S., Guisande, M. A., & Primi, R. (2008). Inteligência e rendimento escolar: Análise da sua associação ao longo da escolaridade. *Revista Portuguesa de Educação, 21*(1), 83-99.

Lemos, G., Almeida, Leandro S., Guisande, M. A., Primi, R., Martinho, G., & Fortes, I., (2010). Inteligência e rendimento escolar: Contingências de relacionamento menos óbvio no final da adolescência. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación, 18*(1), 1138-1663.

Madeira, M. J. P., Wainer, R., Verdin, R., Alchieri, J. C., & Diehl, E. K. (2002). Geração de estilos cognitivos de aprendizagem de negociadores empresariais para adaptação de ensino tutorizado na Web. *Paidéia, 12*(23), 133147.

McGrew, K. S. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence, 37*(1), 1-10.

McGrew, K. S., LaForte, E. M., & Schrank, F. A. (2014). *Technical Manual. WoodcockJohnson*

IV. Rolling Meadows, IL: Riverside.

Meuris, G. (1969). *Tests de Raisonnement Différentiel*. Bruxelles: Editest.

Meuris, G., Almeida, L. S., & Campos, B. P. (1988). Le role de l´operation mentale et du contenu des items dans la performance cognitive. *Bulletin de Psychologie Scolaire et d ´Orientation, 37*(1), 12-21.

Monteiro, J. K., & Andrade, C. G. (2005). Avaliação do raciocínio abstrato, numérico e espacial em adolescentes surdos. *Aletheia*, (21), 9399.

Nunes, C. H. S. S., Melzer, A. R. R. M., Rodrigues, G. T., Guisso, L., Sotili, M., Oliveira, ... & Roettgers, C. (2012). Evidências de validade do Raven MPA pela sua relação com a Prova de Raciocínio Abstrato. *Avaliação Psicológica, 11*(2), 265274.

Nunes, M. F. O., & Noronha, A. P. P. (2009). Relações entre interesses, personalidade e habilidades cognitivas: Um estudo com adolescentes. *Psico-USF, 14*(2), 131141.

Oliveira, A. M., & Barbosa, A. J. G. (2015). Uma análise bioecológica do baixo desempenho escolar de estudantes com dotação intelectual. *Psicologia Escolar e Educacional, 19*(3), 585594.

Oliveira, K. L., Pascalicchio, M. L., & Primi, R. (2012). A inteligência espiritual e os raciocínios abstrato, verbal e numérico. *Estudos de Psicologia (Campinas), 29*(1).

Passos, C. S., & Barbosa, A. J. G. (2011). Características de superdotação em um par de gêmeos monozigóticos. *Psico-USF, 16*(3), 317326.

Passos, C. S., ValleRibeiro, N., & Barbosa, A. J. G. (2014). Identificação de talentos: uma análise exploratória do modelo dos três anéis e do modelo das portas giratórias. *Psicologia em Pesquisa, 8*(2), 170178.

Paulino, J. A., & Lopes, R. F. F. (2010). Relação entre percepção e comportamento de risco e níveis de habilidades cognitivas em um grupo de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Psicologia: Ciência e Profissão, 30*(4), 752765.

Ponczek, V., & Pinto, C. (2016). *The Building Blocks of Skill Development*. São Paulo: Fundação Getulio Vargas (FGV). Lab for Evaluation, Analysis and Research in Learning (LEARN).

Primi, R., & Almeida, L. S. (2000). Estudo de validação da bateria de provas de raciocínio: BPR-5. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*(2), 165173.

Primi, R., Almeida, L. S., & Lucarelli, M. D. M. (1996). Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial (BPRD): Resultados numa amostra de adolescentes de São Paulo. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, 4*, 385-392.

Primi, R., Bighetti, C. A., Munhoz, A. H., Noronha, A. P. P., Polydoro, S. A. J., Di Nucci, E. P., & Pellegrini, M. C. K. (2002). Personalidade, interesses e habilidades: Um estudo correlacional da BPR5, LIP e do 16PF. *Avaliação Psicológica, 1*(1), 6172.

Primi, R., Bueno, J. M. H., & Muniz, M. (2006). Inteligência emocional: validade convergente e discriminante do MSCEIT com a BPR5 e o 16PF. *Psicologia Ciência e Profissão, 26*(1), 2645.

Primi, R., Couto, G., Almeida, L. S., Guisande, M. A., & Miguel, F. K. (2012). Inteligência, idade e escolarização: Dados da Bateria de Provas de Raciocínio (BPR5). *Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(1), 7988.

Primi, R., Ferrão, M. E., & Almeida, L. S. (2010). Fluid intelligence as a predictor of learning: a longitudinal multilevel approach applied to math. *Learning and Individual Differences, 20*(5), 446-451.

Primi, R., Güntert, A. E. A., & Alchieri, J. C. (2002). Um estudo correlacional entre a Bateria de Provas de Raciocínio (BPR5), R1 e o TNRV com o teste de Zulliger. *Psico (Porto Alegre), 33*(1), 5376.

Primi, R., Mansão, C. M., Muniz, M., & Nunes, M. F. O. (2010). *SDS – Questionário de Busca Auto-Dirigida. Manual Técnico da Versão Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Primi, R., Nakano, T., & Wechsler, S. M. (2012). Cross-battery factor analysis of the Battery of Reasoning Abilities (BPR-5) and Woodcock-Johnson Tests of Cognitive Ability (WJ-III). *Temas em Psicologia, 20*(1), 121-132.

Primi, R., Silva, M. C. R., Santana, P. R., Muniz, M., & Almeida, L. S. (2013). The use of the bi-factor model to test the uni-dimensionality of a battery of reasoning tests. *Psicothema (Oviedo), 25*(1) , 115-122.

Santos, A. A. A., Primi, R., Vendramini, C. M. M., Taxa, F. O. S., Lukjanenko, M. F. S. P., Muller, F., ... & Bueno. C. H. (2000). Habilidades básica de ingressantes universitários. *Revista Avaliação, 16* (2), 33-45.

Santos, M. T., & Nascimento, E. (2012). Inteligência e personalidade: Um estudo correlacional em uma amostra de universitários. *Estudos de Psicologia (Campinas), 29*(2), 163171.

Schneider, W. J., & McGrew, K. S. (2012). The Cattell-Horn-Carroll model of intelligence. In D. P. Flanagan, & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (3rd ed.) (pp. 99-144). New York: Guilford Press.

Soares, A. B., Seabra, A. M. R., & Gomes, G. (2014). Inteligência, autoeficácia e habilidades sociais em estudantes universitários. *Revista Brasileira de Orientação Profissional, 15*(1), 8594.

Souza, C. V. R., Primi, R., & Miguel, F. K. (2007). Validade do Teste Wartegg: correlação com 16PF, BPR-5 e desempenho profissional. *Avaliação psicológica, 6*(1), 39-49.

6.2

O DESENHO DA FIGURA HUMANA: AVALIAÇÃO COGNITIVA E CRIATIVA INFANTIL

Solange Muglia Wechsler
Chaielen M. B. Martinez
Ingrid Piccollo Comparini

A origem da representação dos desenhos é antiga e remete aos primórdios da humanidade. Os primeiros desenhos, retratados por meio da arte rupestre, traziam consigo a necessidade dos homens do período paleolítico de expressar e registrar sua própria história (envolvendo suas lembranças) e transmitir uma mensagem eficiente aos demais companheiros do grupo. Nesse contexto, o desenho foi considerado uma forma de linguagem universal que antecedeu a escrita. Mesmo que o indivíduo não pudesse tornar o desenho compreensível ao restante do grupo, a representação gráfica trouxe consigo, em um primeiro momento, a intenção de comunicar (Domingues, Alves, Rosa, & Sargiani, 2012) e vem acompanhando o desenvolvimento na história do homem (Nunes, Teixeira, Feil, & Peniagua, 2012).

O ato de desenhar pode ser compreendido como forma de comunicação e expressão de sentimentos, ideias, pensamentos ou fatos ocorridos. Greig (2004) questiona como o desenho gera tal fascínio (em crianças e em adultos) e como ele abrange etapas que se aprimoram desde um começo difícil a uma bela evolução particular. Por sua vez, Silva (2002) ressalta que a maioria das produções realizadas sobre o grafismo infantil foca o desenho como atividade natural e espontânea de evolução universal. Para a autora, não existem duas linhas de desenvolvimento contrapostas, mas, sim, um curso de desenvolvimento constituído por dimensões tanto cognitivas quanto culturais. Dessa maneira, enquanto forma de expressão humana e de comunicação, o desenho, em especial o Desenho da Figura Humana, ganhou espaço e vem se lapidando como forma de avaliação psicológica (Menezes, Moré, & Cruz, 2008).

Sendo uma forma simples de comunicação que não se restringe à fala nem à escrita, o desenho é considerado universal e utilizado na avaliação psicológica, para a construção de vínculo no contexto educacional, assim como para a identificação do desenvolvimento cognitivo,

do potencial criativo e das problemáticas emocionais (Silva et al., 2005). Diante de uma ferramenta simples, mas com compreensão complexa, é necessário revisar os aspectos históricos do desenho e sua utilização na psicologia.

IMPORTÂNCIA DO DESENHO INFANTIL

A importância do Desenho da Figura Humana (DFH), mais especificamente, foi enfocada em um trabalho pioneiro de Corrado Ricci em 1877. O autor publicou uma coletânea de ilustrações, colhidas em escolas italianas, e a denominou "A arte da criança". Ricci observou os aspectos estéticos do desenho e buscou encontrar estágios de evolução nas representações da figura humana (Cariola, 1986). O foco do autor foi a compreensão do desenho e suas relações com as formas mais primitivas de expressão em épocas anteriores.

O momento sociocultural vivido na época, em especial na Europa, entre 1880-1900, por sua vez, era influenciado pelos pressupostos de Rousseau, que, nos seus estudos sobre a pedagogia, atribuía grande importância ao grafismo infantil e suas fases de evolução. A partir dos estudos de Rousseau, os fenômenos cotidianos presentes na esfera infantil, tal como o ato de desenhar, ganharam importância e passaram a integrar práticas investigadas cientificamente (Meredieu, 2006).

Aspectos do desenho infantil continuaram sendo explorados durante o final do século XIX. Ebenezer Cooke, por exemplo, em torno de 1900, pesquisou sobre a preferência da criança pelo DFH (Koppitz, 1968). Por sua vez, os estudos de Lamprecht, na Alemanha, ficaram famosos, pois o pesquisador estudou os desenhos espontâneos de crianças de diferentes culturas e sua relação com os desenhos primitivos. Para o autor, o estudo sobre o desenho deixou claro que o desenvolvimento de um indivíduo se faz de maneira similar, ou seja, seguindo uma mesma sequência, tal como pode ser observado nas etapas do DFH (Nunes et al., 2012). Devem também ser ressaltados os importantes trabalhos de Claparède e Guex, na França, por volta de 1907, pois esses autores indicaram que havia uma relação entre a habilidade para o desenho e a capacidade intelectual da criança, tal como pode ser observado pelo seu rendimento escolar (Harris, 1963).

HISTÓRICO DO DESENHO DA FIGURA HUMANA

Os primeiros estudos sistemáticos sobre o DFH são atribuídos a Florence Goodenough, que já em 1926 apresentava uma primeira proposta para a avaliação cognitiva do desenho de acordo com uma pontuação atribuída à evolução da figura humana. Segundo a autora, o DFH poderia ser utilizado como uma forma de avaliar o desenvolvimento intelectual de uma criança, uma vez que esse tipo de desenho é familiar a todas as crianças e apresenta, em seus aspectos essenciais, a menor variabilidade possível (Goodenough, 1964). Para Klepsch e Logie (1984), os estudos de Goodenough foram fundamentais para a compreensão do desenho como forma de avaliação de aspectos do desenvolvimento infantil. Essa forma de avaliação proposta tornou-se conhecida em nível internacional e passou a ser amplamente utilizada por psicólogos.

O uso de um único desenho como forma de avaliação da inteligência de uma criança, tal como proposto por Goodenough, foi posteriormente criticado por Harris (1963). O autor desenvolveu uma adaptação do sistema de Goodenough, requerendo o desenho de duas figuras humanas (homem e mulher) como também adicionando o "autorretrato", tendo este último o caráter projetivo. Esse sistema ficou então conhecido como Goodenough-Harris. Harris também questionou o DFH como medida de avaliação da inteligência, apontando que se tratava de uma avaliação de "maturidade conceitual", visto que a criança expressa as características do ser humano e de suas representações quando desenha.

Outra grande estudiosa do DFH foi Koppitz (1968). A autora sistematizou os aspectos desenhados pelas crianças agrupando os itens mais frequentes nas figuras, dividindo-os por faixa etária e classificando-os em esperados, comuns, incomuns e excepcionais. Os itens esperados deveriam ocorrer entre 85 e 100% dos desenhos das crianças de cada faixa etária; itens comuns deveriam ser encontrados entre 51 e 84% dos desenhos; itens incomuns presentes entre 16 e 50% das crianças; e itens excepcionais seriam encontrados entre 1 e 15%. Nesse sentido, itens esperados são os de maior importância, uma vez que são considerados essenciais em determinada faixa etária. Sua ausência pode significar imaturidade conceitual ou problemas emocionais ou cognitivos. Koppitz também apontou para as discrepâncias dos desenhos elaborados por meninas e por meninos.

A necessidade de atualização dos sistemas de correção do DFH foi o que motivou o trabalho de Naglieri, McNeish e Bardos (1991). Os autores revisaram os modelos já propostos por Goodenough-Harris e Koppitz e elaboraram um novo sistema de correção do DFH. No novo modelo de avaliação, o sujeito deveria elaborar três desenhos, uma figura masculina, uma feminina e uma do próprio sujeito. A avaliação se dava por uma soma total de pontos resultantes das três figuras elaboradas pela criança. As tabelas de correção eram diferenciadas pelas idades das crianças que produziam os desenhos.

Devido à sua relevância na área de avaliação psicológica, diversos estudos vêm sendo produzidos acerca do DFH. Devido à sua ampla utilização, encontra-se uma grande discordância entre profissionais de psicologia quanto à melhor forma de avaliação do DFH. Existem quatro vertentes principais para a interpretação do DFH, segundo Bandeira, Costa e Arteche (2008). A primeira se trata da avaliação cognitiva infantil pautada em modelos como o de Goodenough (1964), Harris (1963), Koppitz (1968) e, no Brasil, Wechsler (2003) e Sisto (2005). A segunda utiliza o desenho como medida projetiva, pautada na matriz teórica psicanalítica, sendo Machover (1949) a precursora. A terceira forma é a avaliação emocional do desenho baseada em

estudos empíricos. Estudos realizados por Koppitz (1968) e Naglieri e colaboradores (1991) destacam-se nesses moldes de avaliação. Existe ainda a possibilidade de avaliação do DFH como indicador de criatividade, tal como apontado por Oliveira e Wechsler (2016).

O DFH é uma técnica amplamente difundida e utilizada por psicólogos não só no exterior como também no Brasil. Tal fato foi constatado por Noronha, Primi e Alchieri (2005) em um estudo realizado com o objetivo de identificar os instrumentos mais conhecidos e utilizados por psicólogos e estudantes brasileiros, no qual o DFH foi citado em segundo lugar, após o Teste Rorschach. Esse resultado foi novamente confirmado no estudo de Paula, Pereira e Nascimento (2007), que buscaram conhecer a opinião dos alunos em relação aos testes ensinados na disciplina de avaliação psicológica, no qual o DFH apareceu como o segundo teste mais utilizado, sendo o primeiro lugar ocupado pela WISC. Posteriormente, em outra pesquisa realizada por Herzberg e Mattar (2008), sobre os instrumentos mais utilizados pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), o DFH manteve o terceiro lugar em um período de 10 anos compreendendo 1994-2004. Confirmando esses resultados, também Alves (2009) ressaltou que entre os testes mais ensinados nos cursos de psicologia encontra-se o DFH em segundo lugar (57%), sendo precedido apenas pela WISC (72%). Por sua vez, na análise de teses e dissertações na base de dados da CAPES, até o ano de 2015, foram encontradas 18 dissertações e oito teses utilizando o DFH, sendo as áreas de saúde e a de educação as que mais utilizam a técnica (Oliveira, Nakano, & Wechsler, 2015).

Sistemas de avaliação do Desenho da Figura Humana

No âmbito nacional, os sistemas de Goodenough e Koppitz foram bastante utilizados, principalmente na década de 1990. Bandeira e Hutz (1994), por exemplo, utilizaram o sistema de Koppitz para avaliar aspectos cognitivos de 152 crianças com idade entre 6 e 8 anos, comparando os seus resultados com os testes de Bender e Raven e as notas escolares. As análises finais indicaram que havia relação entre essas medidas, porém o DFH poderia ser considerado como o segundo melhor preditor do rendimento escolar, logo após o teste de Bender.

Em outro estudo realizado por Hutz e Antoniazzi (1995), também foi utilizado o sistema de Koppitz para avaliar desenhos de 1.856 crianças com idades entre 5 e 15 anos, de escolas públicas da cidade de Porto Alegre. Os autores focalizaram os aspectos evolutivos e os indicadores emocionais do desenho, e o resultado propiciou uma construção de uma escala com itens evolutivos para crianças de 5 a 14 anos. No entanto, foram encontradas diferenças significativas entre a amostra brasileira e os resultados originais de Koppitz, o que sugeria a necessidade de tabelas nacionais para avaliação do desenho de brasileiros.

Uma pesquisa com o objetivo de oferecer normas atualizadas para a avaliação do DFH pelo sistema de Goodenough-Harris foi realizada por Rosa (2008). A autora investigou o crescimento da pontuação no DFH utilizando uma amostra composta 1.540 crianças de 5 a 11 anos e meio, de ambos os sexos, da cidade de São Paulo. Seus resultados indicaram o crescimento da pontuação de acordo com a idade apontando que esse sistema era válido para avaliação cognitiva. A precisão do método de correção foi investigada pela divisão por metades e também pelo reteste, alcançando resultados significativos (Rosa & Alves, 2008) e indicando que esse é um sistema confiável de correção.

Outro sistema com normas brasileiras foi proposto por Sisto (2005), baseando-se nos sistemas de Godenough e Koppitz. A escala foi denominada Desenho da Figura Humana – Escala Sisto. A

diferença está no processo de avaliação, composto por 30 itens independentemente do gênero da figura. No estudo, foram investigadas 2.750 crianças, de 5 a 10 anos, de ambos os sexos, de escolas públicas ou particulares. No procedimento de aplicação do instrumento, é solicitado à criança que faça o desenho de uma pessoa, com a maior quantidade de detalhes possível. Os critérios para a avaliação são denominados com itens imprescindíveis, sendo cabeça, pernas e braços, e a indicação ou ausência de 30 itens.

A evidência de validade do sistema de correção proposto por Sisto foi também investigada em outro estudo com uma amostra de 244 crianças, na faixa de 7 a 10 anos (Bartholomeu, Cecato, Montiel, Machado, & Sisto, 2012). Os resultados obtidos no DFH foram comparados com aqueles obtidos no teste de Bender, ao considerar que ambos os testes avaliam o desenvolvimento infantil. Concluiu-se que os grupos extremos formados com base nas pontuações do DFH eram diferenciados pelos escores do teste de Bender, demonstrando a relação entre inteligência e capacidade visuomotora assim como a validade do sistema.

Com o objetivo de apresentar um sistema de avaliação do DFH que atendesse aos critérios científicos de validade e precisão, Wechsler realizou vários estudos que culminaram em três versões do DFH (Wechsler, 1996, 2000, 2003). Wechsler revisou as propostas dos indicadores cognitivos já elaborados por outros autores e buscou identificar uma forma de tornar o desenho uma medida mais objetiva para avaliar o potencial da criança com os padrões psicométricos exigidos pelo Conselho Federal de Psicologia (2010), como será descrito a seguir.

O sistema Wechsler para avaliação cognitiva do DFH

Nossa primeira forma para avaliar o DFH foi apresentada no manual de 1996, quando observamos, por meio dos nossos estudos, que era necessário o desenho da figura masculina e também da feminina para que tivéssemos uma medida válida para identificar o desenvolvimento cognitivo de uma criança. Do mesmo modo, verificamos que as pontuações apresentavam diferenças significativas não somente de acordo com o sexo da figura (desenho do homem e desenho da mulher) mas também eram influenciadas pelo sexo da criança que desenhava e também sua faixa etária. Dessa forma, os nossos resultados eram contrários aos de outros sistemas, que asseguravam ser necessário apenas o desenho de uma figura, independentemente do sexo desenhado (ou do sexo da criança), e que se centravam somente no desenvolvimento por idade (Wechsler, 1996).

Com o intuito de melhorar a precisão de avaliadores na correção do desenho, desenvolvemos um sistema de pontuação bem objetivo, distinguindo para cada item os critérios de correção (1 ou zero). Outra forma de precisão ou fidedignidade obtida foi por meio de teste-reteste, em diferentes faixas etárias, demonstrando assim que os resultados do teste eram estáveis. Verificamos também que havia ganhos cognitivos na pontuação da criança de seis em seis meses, indicando a avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras e as evidências de validade por sua estrutura interna, dados confirmados não só no primeiro como no segundo manual elaborado (Wechsler, 2000). No entanto, observamos que a existência de diferenças significativas entre cada seis meses de idade cessava aos 12 anos, confirmando assim a observação de Koppitz (1984) de que o DFH não era adequado após essa faixa etária, na qual a criança já atingia o máximo de pontuação possível para o DFH.

No terceiro manual da figura humana, DFH-III, apresentamos normas mais representativas por regiões brasileiras assim como mais estudos que indicavam a validade do sistema, inclusive com amostras argentinas (Wechsler, 2003). As normas são apresentadas por idade (seis em seis

meses), sexo da criança e sexo da figura, gerando pontuação em resultados padronizados e em percentis. Também é fornecida uma tabela de intervalo de confiança para a classificação do desenvolvimento cognitivo da criança. Exemplos do desenvolvimento da criança por meio da figura humana são apresentados na Figura 6.2.1, que mostra haver uma clara evolução do desenho de acordo com a idade. Aos 5 anos, a criança ainda não apresenta detalhes na face, e os membros são desproporcionais ou inseridos fora do local. Já aos 9 anos, pode ser notada uma melhoria nas formas e na expressão dos desenhos: os membros estão em local correto e mais bem delineados. Aos 11 anos, o rosto está claramente definido, inclusive com apresentação de penteado, e o corpo é apresentado de forma proporcional e com vestuário completo.

Figura 6.2.1 Exemplos de DFH de acordo com a evolução da idade.

Uma avaliação mais qualitativa também é apresentada, por meio de itens que refletem o desenvolvimento da criança. Assim sendo, cada item é classificado de acordo com a sua

frequência de aparecimento no desenho, isto é, itens esperados (80 a 100%), comuns (51 a 85%), incomuns (16 a 50%) e excepcionais (1 a 15%), de acordo com a idade, o sexo da criança e, também, a figura desenhada. A sua classificação foi baseada nos critérios de Koppitz (1984).

O manual do DFH-III é amplamente utilizado em nível nacional e tem gerado várias pesquisas que confirmam a sua validade por meio de convergência com outros testes já validados no país. Por sua vez, o DFH-III tem sido empregado para obter mais informações sobre a criança em situações clínicas ou educacionais, e seus resultados têm sido publicados em teses e dissertações, conforme Oliveira, Nakano e Wechsler (2015), como também em forma de artigos científicos, os quais descreveremos a seguir.

Pesquisas com o DFH-III

Um estudo com o DFH-III foi realizado com crianças do Rio Grande do Sul com o objetivo de verificar respostas atípicas e possíveis presenças de influências culturais, comparando crianças de meio urbano e rural (Silva et al., 2005). Os resultados apontaram que não existiam diferenças significativas entre os desenhos feitos pelas crianças nesses dois contextos, mostrando que a técnica pode ser utilizada de forma válida em diferentes situações. A presença de trajes típicos gaúchos em muitos desenhos foi atribuída às festividades trabalhadas nas escolas estudadas na época da pesquisa.

Uma pesquisa destinada a avaliar a adequação dos itens do DFH-III por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI) foi realizada por Flores-Mendoza, Abad e Lelé (2005). Seus resultados indicaram que o sistema possibilitava a identificação de um construto unidimensional, ou seja, o desenvolvimento cognitivo. Entretanto, os autores sugeriram a reordenação como também a eliminação de alguns itens, como, por exemplo, presença da cabeça, já que a sua existência era considerada como essencial ao desenho.

Em trabalho posterior, Flores-Mendoza, Mansun-Alves, Abad e Lelé (2010) compararam os resultados do DFH-III com aqueles obtidos nos testes Raven, WISC-III, R-2 e Bender (sistema Koppitz). Os resultados obtidos mostraram que o DFH-III tinha componentes cognitivos e visuomotores, podendo ser útil quando combinado em uma bateria com outros testes para melhor compreensão do desenvolvimento infantil. Entretanto, apesar das observações desses autores, decidimos manter o item que representa a cabeça, considerando que apresenta diferentes níveis de evolução, de acordo com o desenvolvimento da faixa etária da criança. Concordamos, por sua vez, com as sugestões de combinar os resultados do DFH-III com aqueles obtidos por outras medidas cognitivas, principalmente da área verbal, considerando que a inteligência deve ser avaliada por diferentes dimensões.

Em outro estudo visando a predizer o rendimento escolar, Bandeira e colaboradores (2008) decidiram comparar os resultados no DFH-III com aqueles obtidos no teste de Raven e em uma escala de desempenho escolar preenchida por professores. Seus resultados apontaram correlações altamente significativas entre o teste DFH e Raven (r = 0,50), mostrando que estavam medindo construtos semelhantes. Por sua vez, ambos os testes demonstram ter relações significativas com o rendimento escolar (DFH = 0,34; Raven = 0,42). Concluiu-se, portanto, que ambos os testes podem contribuir para a compreensão do rendimento escolar, sendo o DFH uma medida válida para essa finalidade.

Considerando que a inteligência é composta por várias dimensões, segundo o modelo de Carroll-Horn-Cattell (CHC) (McGrew, 2005), decidimos utilizar os subtestes da Bateria Woodcok-Johnson III (WJ-III), geralmente avaliada como sendo uma das mais completas para

mensurar a inteligência segundo o modelo CHC (Wechsler & Schelini, 2006). Assim sendo, comparamos os resultados no DFH-III com a WJ-III em 69 crianças paulistas. Os dados apontaram a existência de correlações positivas e significativas (0,30 a 0,50, $p \leq 0,05$) na pontuação total do DFH com as seguintes áreas da WJ III: raciocínio visuoespacial (gv), raciocínio lógico (gf) e rapidez de processamento (gs), tanto para o sexo feminino quanto para o masculino. Tais dados confirmam que o DFH tem componentes de inteligência fluida, visuomotora e de rapidez de pensamento, demonstrando, assim, ser uma medida cognitiva e de desenvolvimento visuomotor.

Entre as teses e dissertações já realizadas com o DFH-III, podemos ressaltar dois trabalhos interessantes. A proposta de investigar a importância do desenho para identificar problemas de aprendizagem foi feita por Rossi (2003). Os desenhos foram corrigidos pelo nosso sistema, para avaliação cognitiva, e pelo sistema de Koppitz (1968), não só para avaliação evolutiva como também emocional. Os resultados indicaram correlações significativas entre a média escolar das crianças e as notas em português, história, geografia e matemática, com o DFH, corrigidos pelo sistema Wechsler ou pelo sistema evolutivo de Koppitz. Observou-se também que as crianças pertencentes ao grupo sem problemas poderiam ser discriminadas, significativamente, daquelas que apresentavam problemas pelo DFH. Assim sendo, concluiu-se pela validade do sistema Wechsler de correção como indicador de problemas de aprendizagem ou rendimento escolar.

Um interessante estudo transcultural com nosso sistema de correção do DFH-III foi realizado na Ilha da Madeira (Portugal) com 489 crianças, de 5 a 13 anos (Neves, 2011). As pontuações obtidas no DFH-III foram comparadas com aquelas resultantes do teste Raven e com as notas nas disciplinas de português e matemática. Os resultados demonstraram a validade do DFH, não só pelas diferenças significativas entre as faixas etárias como também pelas altas correlações significativas com o teste de Raven ($r > 0,71$) e com as notas em português e matemática ($r \geq 0,63$). Diferenças de sexo e tipo de figura desenhada também foram encontradas para os desenhos das crianças portuguesas, assim como aconteceu nos estudos brasileiros. Por sua vez, a precisão dos itens alcançou níveis bastante satisfatórios ($\alpha \geq 0,85$). Nesse sentido, as evidências de validade do DFH-III foram confirmadas por meio da estrutura interna, da convergência com outro teste e também de forma preditiva, tanto para crianças brasileiras quanto para as portuguesas. Do mesmo modo, pode-se considerar esse um sistema preciso. A única diferença de resultados nesse estudo transcultural foi referente ao desempenho superior das crianças portuguesas de escolas públicas em relação àquelas que estudavam em escolas particulares, o que tem sido visto de forma contrária na nossa realidade, representando assim uma melhor qualidade do ensino público naquele país. Em conclusão, devido às diferenças de sexo e idade, sugeriu-se a construção de tabelas próprias para auferir o desenvolvimento de crianças madeirenses.

A quantidade de estudos já produzida com DFH-III indica a sua importância para a compreensão do desenvolvimento cognitivo, na medida em que atende os padrões científicos de qualidade psicométrica, ou seja, validade e precisão, obtida de diversos modos. Nota-se também que o DFH não é totalmente isento de influências culturais, mesmo envolvendo um desenho simples como é solicitado, pois as tabelas sofrem influência do ambiente. Assim sendo, mais uma vez se confirma a necessidade de criar tabelas para cada país para que os resultados derivados dessa técnica possam ser utilizados para diagnósticos confiáveis.

Indicadores de criatividade no Desenho da Figura Humana

A qualidade artística do desenho tem sido destacada como influenciando a sua avaliação. Esse aspecto pode ter dois tipos de interpretações: crianças com menor capacidade artística podem obter uma avaliação com menor pontuação, como apontaram Garb, Wood, Lilienfield e Nezworski (2002); ou, ainda, como gostaríamos de salientar, certos indicadores considerados como expressão de uma problemática emocional podem ser de personalidade criativa, como já alertamos anteriormente (Wechsler, 2012).

Uma crítica ao sistema de Koppitz pode ser dada sobre seu critério de indicadores infrequentes ou incomuns no desenho como sendo de origem emocional. Considerando que a criatividade é um dado infrequente ou original nos desenhos, crianças que desenham de modo diferenciado podem estar representando a sua percepção original sobre o mundo que as cerca, e não, necessariamente, características patológicas da personalidade.

Diante dos questionamentos que persistem acerca da relação entre criatividade e inteligência, Nakano (2012) investigou esses construtos junto a 90 crianças do ensino fundamental (44 do sexo feminino e 46 do sexo masculino), com idades entre 7 e 12 anos, que responderam a um teste não verbal de desenvolvimento cognitivo (DFH-III) e a um teste de criatividade (Teste de Criatividade Figural Infantil). Os resultados demonstraram que o desempenho no teste DFH tinha uma correlação significativa com o desempenho no teste de criatividade de forma que se pode considerar que criatividade e inteligência são construtos relacionados.

Vários são os indicadores de criatividade nos desenhos que podem ser avaliados pelo Teste de Criatividade com Figuras, de Paul Torrance (Torrance, 1966). Esses indicadores criativos já foram validados para o Brasil por Wechsler (2004) para o teste de Torrance e são os seguintes: Fluência, Flexibilidade, Originalidade, Elaboração, Expressão de Sentimentos, Fantasia, Perspectiva Incomum, Perspectiva Interna, Movimento, Uso de Contextos, Combinações, Títulos Expressivos e Extensão de Limites. As pesquisas brasileiras realizadas por Wechsler (2006) confirmaram os estudos de Torrance (1990) de que essas características são preditivas de criatividade na vida real.

Indicadores criativos emocionais também podem ser encontrados das mais diversas maneiras no DFH: *sensibilidade emocional*, representada em desenhos com expressões de pessoas rindo, chorando ou surpresas; *elaboração*, que pode ser encontrada na quantidade de adereços nos desenhos, tais como bolsas, chapéus ou objetos adicionados à figura; *uso de contextos*, que pode ser detectado em elementos desenhados ao fundo, tais como nuvens, sol, flores ou chuva; *perspectiva incomum*, representada em figuras desenhadas sob ângulos incomuns (p. ex., perfil ou cabeça para baixo); *perspectiva interna*, que pode ser indicada na representação de partes do corpo humano (p. ex., dentes, língua e transparências); *fantasia*, que pode ser demonstrada pela presença de figuras do mundo mágico (p. ex., bruxas, fadas, duendes, seres de histórias em quadrinhos ou de filmes). Entretanto, esses mesmos indicadores são considerados como de problemática emocional no sistema de Machover, podendo assim confundir e desvalorizar a presença deles como indicador de criatividade. Alguns exemplos da presença dessas características no DFH são apresentados na Figura 6.2.2.

8 anos – desenho de homem

8 anos – desenho de mulher

10 anos – desenho de homem

10 anos – desenho de mulher

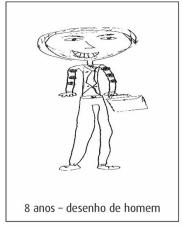



Figura 6.2.2 Exemplos de criatividade nos desenhos do homem e da mulher.

Como pode ser notado nos exemplos da Figura 6.2.2, existem características de criatividade que aparecem no DFH que não podem ser confundidas com indicadores emocionais. Na figura masculina e feminina das crianças de 8 anos, aparecem detalhes nas roupas, no cabelo e nos acessórios, os quais são considerados como *elaboração*, assim como a expressão de *sensibilidade emocional* nos rostos das figuras. Nas figuras masculina e feminina das crianças de 10 anos, por sua vez, também são apresentados detalhes de *elaboração*, *sensibilidade emocional*, assim como de *fantasia*, pela indicação de personagens de filmes.

Com o intuito de verificar essa distinção, foi desenvolvido um protocolo de análise de características criativas no DFH (Oliveira & Wechsler, 2016). A fim de verificar a validade e a precisão desse protocolo, foi realizado um estudo com 208 crianças de escolas públicas e particulares, com idades entre 9 e 11 anos e 11 meses que realizaram o DFH e responderam ao Teste de Criatividade Figural Infantil (Nakano, Wechsler, & Primi, 2011). Os resultados apontaram que indicadores como Elaboração, Expressão de Emoção e Movimento, presentes no DFH, estão relacionados com a pontuação no teste de criatividade infantil, indicando, assim, que têm evidências de validade por convergência. Por sua vez, a precisão de correção alcançou 75%, sendo considerada adequada. Portanto, pode-se considerar que é possível verificar, de modo válido e preciso, a criatividade no DFH.

Assim sendo, características no DFH podem ser encontradas sob foco da psicologia positiva, ou seja, quais são as potencialidades das crianças. Também sugerimos que a avaliação pelo DFH

seja complementada com histórias sobre as figuras desenhadas, para melhor entendimento por parte do profissional do desenho e do seu significado para o sujeito. É recomendável também a utilização de outros instrumentos que avaliem a criatividade, visando a uma avaliação mais abrangente do potencial infantil.

É importante ressaltar que não está sendo proposta uma substituição de um sistema de avaliação por outro, ou seja, desconsiderar aspectos emocionais em detrimento dos indicadores criativos (Oliveira et al., 2015; Oliveira & Wechsler, 2016). Contudo, o objetivo é aprofundar discussões sobre as possibilidades do DFH para avaliação psicológica.

Concluímos o capítulo apresentando algumas recomendações sobre a utilização e a interpretação do DFH:

1. O DFH é uma medida do *desenvolvimento cognitivo de crianças*, com comprovações de pesquisa sobre sua validade e precisão para o contexto brasileiro.
2. O DFH como medida *cognitiva* exige que seja considerado o sexo da figura (homem ou mulher), o sexo da criança e sua faixa etária.
3. O DFH apresenta *indicadores emocionais e também criativos*, devendo ser contextualizado pelas histórias que a criança apresenta ao final de seus dois desenhos.
4. O DFH como medida *emocional ou criativa* deve ser complementado com outros testes, escalas ou instrumentos que avaliem a criatividade e a personalidade com a finalidade de obter interpretações válidas e consistentes sobre o perfil psicológico da criança avaliada.

REFERÊNCIAS

Alves, I.C.B. (2009). Reflexões sobre o ensino da avaliação psicológica na formação do psicólogo. In C.S. Hutz. *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 217-243). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bandeira, D.R., Costa, A., & Arteche, A. (2008). Estudo de validade do DFH como medida de desenvolvimento cognitivo infantil. *Psicologia: Reflexão e crítica, 21*(2), 332-337.

Bandeira, D.R., & Hutz, C. (1994). A contribuição dos testes DFH, Bender e Raven na predição do rendimento escolar na primeira série. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 10*(1), 59-72.

Bartholomeu, D., Cecato, J. F., Montiel, J. M., Machado, A. F., & Sisto, F. F. (2012). Teste de Bender (B-SPG) e Escala Sisto: validade por grupos contrastantes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, 3* (2), 241-257.

Cariola, T.C. (1986). Estudo das escalas de Koppitz e de Snyder & Gaston no desenho da figura humana e no autorretrato. *Pediatria Moderna, 21* (5), 268-270.

Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP.

Domingues, S. F. S., Alves, I. C. B, Rosa, H. R., Sargiani R. A. (2012). As técnicas gráficas na avaliação cognitiva e da organização visomotora. In S.M. Wechsler, & T. O Nakano (Orgs.). *Desenho infantil: Forma de expressão cognitiva, criativa e emocional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Flores-Mendoza, C.; Abad, F.J., & Lelé, A.J. (2005). Análise de itens do Desenho da Figura Humana: Aplicação de TRI. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21* (2), 243-254.

Flores-Me ndonza, C.E., Mansur-Alves, M., Abad, F.J., & Lelé, A.J. (2010). O que mede o desenho da figura humana? Estudos de validade convergente e discriminante. *Boletim de Psicologia*, *60*(132), 73-84.

Garb, H., Wood, J., Lilienfeld, S, & Nezworski, M.T. (2002). Effective use of projective techniques in clinical practice: Let the data help with selection and interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(5), 454-463.

Goodenough, F. L. (1964). *Test de Inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana.* (7. ed.). Buenos Aires: Paidós.

Greig, P. (2004). *A criança e seu desenho: o nascimento da arte e da escrita*. Porto Alegre: Artmed.

Harris, D. B. (1963). *Children's drawings as measure of intelectual maturity*. New York: Harcout, Brace & World.

Herzberg, E., & Mattar, A. (2008). Instrumentos clínicos utilizados no departamento de psicologia clínica da USP: 10 anos depois. *Boletim de Psicologia, 58* (128), 39-54.

Hutz, C., & Antoniazzi, A.S. (1995). O desenvolvimento do Desenho da Figura Humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: Normas para avaliação. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 8*(1), 3-18.

Klepsch, M., & Logie, L. (1984). *Crianças desenham e se comunicam: uma introdução aos usos projetivos dos desenhos infantis da figura humana*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Koppitz, E.M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. Grune & Stratton: Nova York.

Koppitz, E.M. (1984). *Psychological evaluation of human figure drawings by middle school pupils*. New York: Grune and Stratton.

Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.

McGrew, K. S. (2005). The Cattell-Horn-Carroll Theory of Cognitive Abilities. In D. P. Flanagan, & P. L. Harrison (Eds.). *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues.* (pp. 151–179). New York: Guilford Press.

Menezes, M., Moré, C.L.O.O., & Cruz, R.M. (2008). O desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. *Avaliação Psicológica, 7* (2), 189- 198.

Meredieu, F. (2006). *O desenho infantil*. (11 ed). São Paulo: Cultrix

Naglieri, J.A., Mcneish, T.J., & Bardos, A.N. (1991). *DAP-SPED: Draw a person: screening procedure for emotional disturbance*. Austin: Pro-Ed.

Nakano, T. C. (2012). Criatividade e inteligência: Habilidades relacionadas? *Psicologia: Teoria e Pesquis, 28*(2), 149-159.

Nakano, T. C., Wechsler, S. M., & Primi, R. (2011). *Teste de criatividade figural infantil*. São Paulo: Vetor

Neves, G.F.S. (2011). *Teste do desenho da figura humana: Validação e aferição do sistema de Wechsler à população portuguesa "Madeirense".* Dissertação de Mestrado, Psicologia da Educação, Universidade da Madeira, Portugal.

Noronha, A.P.P., Primi, R., & Alchieri, J.C. (2004). Parâmetros psicométricos: uma análise de testes psicológicos comercializados no Brasil. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, *24*(4), 88-99.

Nunes, M.L.T., Teixeira, R.P., Feil, C., & Paniagua, R. (2012). O desenho da figura humana: uma perspectiva histórica. In S.M. Wechsler & T.C. Nakano. (Orgs), *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional*. (pp. 15-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, K. S., Nakano, T. C., & Wechsler, S. M. (2015). Desenho da Figura Humana: estratégia de avaliação dos aspectos cognitivos, emocionais, de personalidade e criativos. In M.C.R. Silva, J.M. Montiel, G.A. Flamenghi Jr., & D. Bartholomeu (Eds). *Técnicas gráficas aplicadas à Educação e à Saúde* (p. 84-11). São Paulo: Memnon.

Oliveira, K. S., & Wechsler, S. M. (2016). Indicadores de criatividade no desenho da figura humana. *Psicologia, Ciência e Profissão, 36*(1), 6-19.

Paula, A.V., Pereira, A.S., & Nascimento, E. (2007). Opinião de alunos de psicologia sobre o ensino em avaliação psicológica. *Psico-USF, 12*(1), 3-43.

Rosa, H.R. (2008). Validade do Desenho da Figura Humana na avaliação de Goodenough-Harris e nos indicadores maturacionais de Koppitz em crianças da cidade de São Paulo. *Boletim de Psicologia*, *58((*128), 1-14.

Rosa, H.R., & Alves, I.C.B. (2008). Precisão do Teste Goodenough-Harris em crianças. *Avaliação Psicológica, 7* (2), 171-179

Rossi, G. (2003). *A avaliação dos problemas de aprendizagem pelo desenho*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Silva, M.C. (2002). *A constituição social do desenho das crianças*. Campinas: Mercado das Letras.

Silva, R. S., Foresti , M., Tiecher, A., Albers, K., Hoppe, L., & Scholante (2005). O teste do desenho da figura humana na avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças em um município do sul do Brasil- Reflexões de uma pesquisa. *Barbarói, 22* , 231-244.

Sisto, F.F. (2005). *Desenho da figura humana: Escala Sisto*. São Paulo: Vetor.

Torrance, E. P. (1966). *The Torrance Tests of Creative Thinking. Norms-technical manual Verbal e Figural A.* Lexington, Mass: Personnel Press.

Torrance, E. P. (1990). *The Torrance Tests of Creative Thinking. Norms-technical manual Figural (streamlined)- Forms A and B.* Bensenville:: Scholastic Testing Service.

Wechsler, S. M. (1996). *O desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil. Manual para crianças brasileiras*. Campinas: Psy.

Wechsler, S. M. (2000). *O desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil. Segunda edição revisada e ampliada*. Campinas: Livro Pleno.

Wechsler, S.M. (2003). *DFH III: O desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras.* Campinas: LAMP/PUC-Campinas.

Wechsler, S. M. (2004). *Avaliação da criatividade por figuras. Testes de Torrance: versão brasileira*. Campinas: IDB/LAMP-PUC-Campinas.

Wechsler, S. M. (2006) Validity of the Torrance tests to the Brazilian culture. *Creativity Research Journal*, *18*(1), 15-25.

Wechsler, S.M. (2012). O desenho da figura humana: medida cognitiva, emocional ou criativa? In S.M. Wechsler, & T.C. Nakano (Orgs), *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional*. (pp. 33-64). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, S., & Schelini, P. W. (2006). Bateria de Habilidades Cognitivas Woodcock-Johnson III: validade de construto. *Psicologia, Teoria e Pesquisa, 23*, 287-295.

LEITURAS RECOMENDADAS

Arteche, A. X., & Bandeira, D. R. (2006). O Desenho da Figura Humana: Revisando mais de um século de controvérsias. *Revista Iberoamerica de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 22*, 133-156.

Carrera, M.A., Uriel, F., & Liporace, M.F. (2013). Actualizaciones em el analisis de itemes madurativos del dibujo de la figura humana em niños escolarizados de Buenos Aires. *Interdisciplinaria*, *30*(1), 101.

Lessa, L.P.M. (1953). Estudo da escala de Goodenough. *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica*, *5*(4), 107-122.

Piotrowski, C. (2016). Projective Techniques Usage Worldwide: a Review of applied settings 1995-2015. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *3*, 9-19.

Silva, R.B.F. (2010) O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. *Fractal: revista de Psicologia*, *22*(2), 447-456.

Wechsler, S.M., & Nakano, T.C. (2012). *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, S. M., & Schelini, P. W. (2002). Validade do desenho da figura humana para avaliação cognitiva infantil. *Avaliação psicológica, 1*, 29-38.

6.3

AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES COGNITIVAS DE CRIANÇAS COM O SON-R 2½-7[A]: UM TESTE NÃO VERBAL DE INTELIGÊNCIA

Jacob Arie Laros

HISTÓRIA DOS TESTES SON

Os testes SON (Snijders-Oomen Não Verbal) são instrumentos para a avaliação individual de inteligência, nos quais não é necessário o uso da fala ou da escrita. A primeira versão do teste, o SON-'43, foi publicada na Holanda em 1943 (Snijders-Oomen, 1943) e foi desenvolvida para a avaliação diagnóstica das habilidades cognitivas de crianças com deficiência auditiva de 4 até 14 anos. O nome do teste é uma homenagem ao sobrenome de sua criadora, a Dra. Nan Snijders-Oomen. A autora se confrontava com o problema de avaliar o potencial de aprendizagem de crianças com distúrbios severos no desenvolvimento da linguagem. Para tal objetivo, testes de inteligência geral disponíveis não eram adequados, por causa da sua dependência em relação às habilidades verbais. Os testes não verbais existentes na época eram baseados principalmente em tarefas de desempenho espacial (p. ex., labirintos, tablados e mosaicos). Contudo, para um bom desempenho no sistema educacional, o raciocínio abstrato é particularmente importante. Nesse contexto, Snijders-Oomen desenvolveu um instrumento que incluiu diversas tarefas não verbais relacionadas à habilidade espacial e ao raciocínio abstrato e concreto. O objetivo do teste era fornecer uma indicação clara da habilidade de aprendizagem e das chances de sucesso na escola.

No desenvolvimento do primeiro teste SON, tentou-se criar um instrumento no qual a educação formal e as vivências familiares tivessem uma influência mínima. Na primeira versão do teste SON, a autora considerou que "forma", "coerência concreta", "abstração" e "memória de curto prazo" eram representações aceitáveis de funcionamento intelectual típico para crianças com deficiência auditiva. A publicação do primeiro teste SON visou a quebrar com o viés dos testes de execução não verbal empregados naquela época e permitir que funções como abstração, simbolismo, entendimento de situações comportamentais e memória ficassem mais acessíveis para a avaliação não verbal (Tellegen, Winkel, Wijnberg-Williams, & Laros, 1998).

Para o SON-'43, a primeira versão dos testes SON, foram elaboradas normas para crianças surdas de 4 até 14 anos. Para o SON-'58, a primeira revisão do teste, publicada em 1958 (Snijders & Snijders-Oomen, 1958), foram desenvolvidas normas para sujeitos de 3 até 17 anos com e sem deficiência auditiva. Com a segunda revisão, realizada nos anos 1970, dois testes diferentes foram desenvolvidos: um para crianças mais jovens e um para crianças mais velhas e adolescentes. Assim, surgiu o SON 2½-7 para crianças de 2½ até 7 anos, também conhecido como SON Pré-escolar, bem como o SSON, de Starren, para indivíduos com idades de 7 até 17 anos. A terceira revisão dos testes SON resultou na publicação do SON-R 5½-17 para sujeitos entre 5 anos e 6 meses e 17 anos (Snijders, Tellegen, & Laros, 1989) e do SON-R 2½-7 para crianças de 2 e 6 meses até 7 anos (Tellegen et al., 1998).

Atualmente, são usadas três versões do teste SON: o SON-R 2½-7, o SON-R 2½-7[a] e o SON-R 6-40. No nome dessas três versões, a letra "r" indica que se trata de um teste revisado, e os números fazem referência à faixa etária do público-alvo do teste. Todas essas versões são de aplicação individual e adequadas tanto para pessoas com problemas auditivos quanto para pessoas sem esse tipo de problemas. O SON-R 2½-7 (Tellegen et al., 1998) avalia as habilidades cognitivas de crianças na faixa etária entre 2 anos e meio e 7 anos e tem estudos de normatização e de validação realizados em vários países europeus (Tellegen, Laros, & Heider, 2008; Tellegen, Laros, & Kiat, 2009; Tellegen, Laros, Kopcanova, Farkasova, & Dockal, 2009; Tellegen, Laros, & Iliescu, 2012).

Para a versão abreviada do SON-R 2½-7, o SON-R 2½-7[a], foram desenvolvidas normas e obtidas evidências de validade e fidedignidade para a população brasileira. O SON-R 2½-7[a] recebeu parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia em 2012 e foi publicado em 2015 (Laros, Tellegen, Jesus, & Karino, 2015).

O SON-R 6-40 para indivíduos entre 6 e 40 anos de idade foi publicado em 2011 (Tellegen & Laros, 2011). A pesquisa de normatização e validação do SON-R 6-40 para o contexto brasileiro está em fase de conclusão. A amostra de normatização do SON-R 6-40 engloba as cinco regiões do Brasil e é constituída por 1.360 participantes. Os resultados de estudos de validação do SON-R 6-40 já foram publicados (Laros, Almeida, Lima, & Valentini, 2015).

O SON-R 2½-7[A]: SUA ADMINISTRAÇÃO E APLICAÇÕES

O SON-R 2½-7[a] é a versão abreviada do SON-R 2½-7 e foi desenvolvido com o intuito de reduzir o tempo de aplicação, o volume do material e os custos de produção. O SON-R 2½-7 (Tellegen et al., 1998) é composto de seis subtestes, enquanto a versão abreviada é constituída de quatro subtestes, a saber: Mosaicos (15 itens), Categorias (15 itens), Situações (14 itens) e Padrões (16 itens).

Para a versão abreviada do SON-R 2½-7, foram obtidas evidências de validade e foram desenvolvidas normas para a população brasileira. O teste é composto de quatro subtestes que visam a medir diferentes aspectos da inteligência: Mosaicos e Padrões abarcam as habilidades espaciais, visuomotoras e de execução, enquanto Categorias e Situações focam o raciocínio concreto e abstrato. As soluções corretas para esses últimos dois subtestes são o resultado do raciocínio e da seleção entre alternativas de múltipla escolha. Uma característica que os subtestes Mosaicos e Padrões têm em comum é a de que o item é resolvido enquanto os materiais do subteste estão sendo manipulados. Por essa razão, são chamados de testes de execução.

O SON-R 2½-7[a], como todos os testes SON, foi desenvolvido especificamente para reduzir a influência do fator verbal e da escolaridade na avaliação das habilidades cognitivas. É especialmente adequado para crianças com necessidades especiais na área de comunicação (p. ex., crianças com distúrbios de linguagem, da fala ou de audição, crianças autistas ou crianças que foram criadas com uma língua-mãe diferente daquela falada no local onde estão morando). O teste também é adequado para crianças que são difíceis de testar, que têm dificuldades de aprendizagem ou atraso no desenvolvimento. O teste não é particularmente apropriado para crianças com deficiências visuais ou motoras.

O SON-R 2½-7[a] tem duas características distintivas em comparação aos testes tradicionais de inteligência (Escalas Wechsler, Standford-Binet, etc.): (1) é fornecido *feedback* durante a administração do teste; e (2) não são necessárias *habilidades linguísticas específicas* para responder ao teste. De modo específico, a primeira característica distintiva do teste é a de que durante a aplicação é oferecido *feedback*. Depois que o item foi completado, o examinador indica se a resposta foi correta ou incorreta e, caso tenha sido incorreta, também demonstra a solução correta para a criança. Esse procedimento deixa a situação do teste mais natural e permite ao sujeito mudar sua estratégia de resolução de problemas. A segunda característica distintiva do teste é a de que para responder a ele não são necessárias habilidades linguísticas específicas. Essa característica é uma consequência do fato de que no SON-R 2½-7[a] não são incluídos itens de uma natureza verbal. Uma vez que os itens verbais comumente dependem do conhecimento e da experiência, o SON-R 2½-7[a] está focalizando menos a inteligência cristalizada e mais a inteligência fluida em comparação com os testes tradicionais de inteligência.

O SON-R 2½-7[a] pode ser aplicado usando as instruções verbais e não verbais. Buscou-se tornar os dois tipos de instruções o mais equivalente possível. A administração do teste leva aproximadamente 40 minutos, incluindo pausas pequenas durante a aplicação.

O objetivo principal do SON-R 2½-7[a] é prover informações sobre o nível de desenvolvimento cognitivo de uma criança com finalidade diagnóstica, conselho e terapia. Um segundo propósito do teste é avaliar os efeitos de programas de tratamento ou intervenção. A terceira utilidade é possibilitar pesquisas sobre a relação entre inteligência e outras variáveis, como escolaridade, motivação, atitudes e personalidade, especialmente em grupos de crianças

com uma habilidade verbal subdesenvolvida, com problemas auditivos, com problemas de aprendizagem, com necessidades especiais de aprendizagem ou com transtornos de desenvolvimento.

Propriedades psicométricas do SON-R 2½-7[a]

As propriedades psicométricas dos escores no SON-R 2½-7[a] são baseadas principalmente na amostra de normatização do teste para o Brasil. Entretanto, para obter evidências de validade convergente do teste foram realizados vários estudos de validação adicionais.

A pesquisa nacional de normatização do SON-R 2½-7[a] no Brasil foi realizada em 2008/2009 com uma amostra representativa de 1.200 crianças, divididas equitativamente quanto à idade e ao sexo. A amostra foi extraída de todas as regiões brasileiras e com representantes de diferentes extratos socioeconômicos do país. Foram estabelecidos 10 grupos de 3 anos e 3 meses a 7 anos e 9 meses, cada grupo constituído por 120 crianças. Ao todo, a pesquisa foi realizada nas cinco regiões, em 13 estados diferentes, contemplando 36 cidades, conforme o Quadro 6.3.1.

QUADRO 6.3.1
Cidades e estados no Brasil onde foi realizada a pesquisa de validação do SON-R 2½-7[a]

Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Belém (PA)	Salvador (BA)	Belo Horizonte (MG)	Porto Alegre (RS)	Brasília (DF)
Manaus (AM)	Irará (BA)	Esmeraldas (MG)	São Gabriel (RS)	Goiânia (GO)
Araguaína (TO)	Ipecaetá (BA)	Paulistas (MG)	Dom Feliciano (RS)	Valparaíso (GO)
Tocantinópolis (TO)	São Luiz (MA)	Rio de Janeiro (RJ)	Curitiba (PR)	Pirenópolis (GO)
Augustinópolis (TO)	Estreito (MA)	São José do Vale do Rio Preto (RJ)	São José dos Pinhais (PR)	
	São João do Paraíso (MA)	Ribeirão Branco (SP)		
	Imperatriz (MA)	Sumaré (SP)		
	Fortaleza (CE)	Guarulhos (SP)		
	Chorozinho (CE)	São Paulo (SP)		
	Acarape (CE)	São Caetano do Sul (SP)		
	Sobral (CE)	Campinas (SP)		

O processo de amostragem tinha como base os dados do censo populacional brasileiro de 2000 (IBGE, 2000) e os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizada em 2006 (IBGE, 2007). Durante a elaboração do plano amostral, foram consideradas as seguintes informações: (1) densidade demográfica e (2) grau de desenvolvimento socioeconômico de todas as cidades brasileiras, conforme os dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Para obter os escores normatizados no SON-R 2½-7[a], foi utilizado um modelo de normatização que se distingue do modelo tradicional de normatização usado na maioria dos testes de inteligência. No modelo tradicional, a transformação dos escores brutos em escores distribuídos normalmente com média e desvio fixos é efetuada de forma separada para cada faixa etária. Para o SON-R 2½-7[a], foi utilizado o modelo de normatização contínua (Lenhard, Lenhard, Suggate, & Segerer, 2016; Oosterhuis, van der Ark, & Sijtsma, 2015). Nesse modelo

matemático, as distribuições dos escores para todos os grupos de idade são ajustadas simultaneamente como uma função contínua da idade. Esse procedimento de ajuste foi usado a fim de minimizar as diferenças entre a distribuição observada e a distribuição populacional estimada. As vantagens desse método são: (a) o uso da informação de todos os grupos simultaneamente torna as normas mais precisas, (b) em comparação com o método tradicional, podem ser obtidas normas precisas com amostras menores e (c) faculta a possibilidade de calcular escores normatizados para cada idade exata na faixa etária pesquisada e não por grupo de idade de 6 ou 12 meses como é feita comumente.

Fidedignidade

Depois de obtidos os escores normatizados dos quatro subtestes e das três escalas do SON-R 2½-7[a], foram obtidos os coeficientes de fidedignidade. No cálculo do índice de fidedignidade, foi utilizado o coeficiente Lambda 2, de Guttman, uma vez que foi comprovada que Lambda 2 estima melhor a fidedignidade do que o coeficiente Alfa de Cronbach, principalmente quando a amostra é relativamente pequena ou quando os instrumentos contêm poucos itens (Sijtsma, 2012; Berge & Zegers, 1978).

A Tabela 6.3.1, a seguir, exibe os coeficientes de fidedignidade das três escalas e dos quatro subtestes para os 10 grupos de idade.

TABELA 6.3.1
Coeficientes de fidedignidade das três escalas e dos quatro subtestes do SON-R 2½-7[a]

		Coeficientes de fidedignidade (Lambda 2, de Guttman)						
Idade	**N**	**SON-QI**	**SON-EE**	**SON-ER**	**Mos**	**Cat**	**Sit**	**Pad**
3;3	120	0,93	0,87	0,91	0,75	0,90	0,82	0,82
3;9	120	0,93	0,88	0,90	0,82	0,86	0,82	0,81
4;3	120	0,93	0,89	0,89	0,83	0,84	0,80	0,80
4;9	120	0,93	0,88	0,88	0,81	0,82	0,79	0,80
5;3	120	0,92	0,87	0,87	0,79	0,81	0,77	0,80
5;9	120	0,92	0,87	0,86	0,77	0,80	0,76	0,79
6;3	120	0,91	0,86	0,85	0,76	0,79	0,74	0,79
6;9	120	0,91	0,86	0,84	0,76	0,77	0,73	0,78
7;3	120	0,91	0,86	0,83	0,77	0,76	0,72	0,76
7;9	120	0,90	0,86	0,83	0,79	0,75	0,71	0,74
M	120	0,92	0,87	0,87	0,78	0,81	0,77	0,79

Notas: SON-QI: Escala Geral do SON-R 2½-7[a]; SON-EE: Escala de Execução do SON-R 2½-7[a]; SON-ER: Escala de Raciocínio do SON-R 2½-7[a]; Mos: Mosaicos; Cat: Categorias; Sit: Situações; Pad: Padrões.

A Tabela 6.3.1 mostra que, para a escala geral do SON-R 2½-7[a], os coeficientes de fidedignidade em todos os grupos de idade são superiores a 0,90 com um valor médio de 0,92. Para as escalas de execução e de raciocínio, os valores de fidedignidade são superiores a 0,80 em todos os grupos de idade, com um valor médio de 0,87 para ambas as escalas. Os coeficientes de fidedignidade para os quatro subtestes são todos superiores a 0,70 com valores médios de 0,78, 0,81, 0,77 e 0,79 para os subtestes Mosaicos, Categorias, Situações e Padrões, respectivamente.

De todos os escores normatizados do SON-R 2½-7[a], o SON-QI é o resultado mais útil, generalizável, fidedigno e estável do teste.

Validade de construto

Depois de estimar a fidedignidade, procedeu-se à verificação das evidências de validade de construto do SON-R 2½-7[a] por meio da averiguação da sua estrutura fatorial. Para isso, foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) utilizando o *software* LISREL 8.8 (Jöreskog & Sörbom, 2006), tendo como método de estimação ML (máxima verossimilhança). Inicialmente, foi verificada se a estrutura fatorial do SON-R 2½-7[a] com dois fatores, Escala de Execução e Escala de Raciocínio, se confirmava. Também buscou-se verificar a invariância dessa estrutura em quatro grupos diferentes de idade, a saber: 3;3 a 7;9; 3;3 a 4;3; 4;9 a 6;3 e 6;9 a 7;9. A Tabela 6.3.2 apresenta um resumo dos resultados.

TABELA 6.3.2
Cargas fatoriais, erro padrão e correlação múltipla ao quadrado (SMC)

	Todas as idades		**Por grupo de idade**					
	3;3-7;9		**3;3-4;3**		**4;9-6;3**		**6;9-7;9**	
Subteste	F1	SMC	F1	SMC	F1	SMC	F1	SMC
Mosaicos	0,83	0,69	0,79	0,63	0,85	0,73	0,83	0,69
	(0,03)		(0,05)		(0,04)		(0,05)	
Padrões	0,75	0,56	0,73	0,53	0,76	0,58	0,75	0,56
	(0,03)		(0,05)		(0,04)		(0,05)	
	Todas as idades		**Por grupo de idade**					
	3;3-7;9		**3;3-4;3**		**4;9-6;3**		**6;9-7;9**	
	F2	SMC	F2	SMC	F2	SMC	F2	SMC
Categorias	0,78	0,61	0,85	0,72	0,77	0,60	0,71	0,51
	(0,03)		(0,05)		(0,05)		(0,05)	
Situações	0,73	0,53	0,75	0,57	0,68	0,46	0,79	0,62
	(0,03)		(0,05)		(0,05)		(0,05)	

Notas: F1 = Escala de Execução; F2 = Escala de Raciocínio; em parênteses é apresentado o erro padrão.

Os resultados da Tabela 6.3.2 mostram que todas as cargas fatoriais são superiores a 0,70 e estão em concordância com a divisão teórica dos subtestes de execução e dos subtestes de raciocínio. Os erros padrão que indicam a precisão com que as cargas fatoriais são estimadas são bastantes pequenos. Os índices de correlações múltiplas ao quadrado (SMC) também indicam resultados altamente satisfatórios. As estatísticas de ajuste dos dados ao modelo são igualmente satisfatórias: tanto o GFI (Goodness of Fit Index) quanto o AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) têm valores superiores a 0,95. Os índices de ajuste RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) têm valores inferiores a 0,05, com exceção do grupo com idade entre 3 anos e 3 meses e 4 anos e 3 meses, que obteve um RMSEA de 0,07.

Validade convergente

Foram obtidas evidências da validade convergente do SON-R 2½-7[a] por meio de análises de correlação Pearson entre o SON-R 2½-7[a] com os seguintes testes de inteligência: Wechsler

Preschool and Primary Scale of Intelligence – Third Edition (WPPSI-III) (Wechsler, 2002a), Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – 3ª edição (WISC-III) (Wechsler, 2002b), Escala de Maturidade Mental Columbia (EMMC) (Alves & Duarte, 2001), Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPC) (Angelini, Alves, Custório, Duarte, & Duarte, 1999) e SON-R 6-40 (Tellegen & Laros, 2014).

Conforme pode ser observado na Tabela 6.3.3, todas as correlações entre as escalas do SON-R 2½-7[a] e as escalas da WPPSI-III são moderadas ou altas. A correlação mais alta (0,78) foi observada entre a escala de raciocínio do SON-R 2½-7[a] e a escala geral da WPPSI-III. A correlação alta (0,75) entre as escalas gerais dos dois testes corrobora o fato de que o SON-R 2½-7[a] é um instrumento que mede uma área ampla de inteligência, assim como a WPPSI (Karino, Laros, & Jesus, 2011). Em concordância com as expectativas, foi observada uma correlação relativamente baixa entre a escala geral do SON-R 2½-7[a] e o QI Verbal da WPPSI-III.

TABELA 6.3.3

Coeficientes de correlação Pearson entre as escalas do SON-R 2½-7[a] e da WPPSI-III (n = 49)

Escalas da WPPSI-III	SON-QI	SON-EE	SON-ER
WPPSI-III FSIQ	0,75	0,59	0,78
WPPSI-III VIQ	0,66	0,48	0,73
WPPSI-III PIQ	0,73	0,61	0,70
WPPSI-PSIQ	0,70	0,56	0,69

Notas: FSIQ = QI Geral; VIQ = QI Verbal; PIQ = QI de Execução; PSIQ = QI da Velocidade de Processamento; SON-QI = Escala Geral do SON-R 2½-7[a]; SON-EE = Escala de Execução do SON-R 2½-7[a]; SON-ER = Escala de Raciocínio do SON-R 2½-7[a].

Na Tabela 6.3.4, são apresentados os resultados das análises de correlação entre o SON-R 2½-7[a] e a WISC-III.

TABELA 6.3.4

Coeficientes de correlação Pearson entre as escalas do SON-R 2½-7[a] e da WISC-III (n = 50)

Escalas da WISC-III	SON-QI	SON-EE	SON-ER
WISC-III QI Geral	0,67	0,56	0,59
WISC-III QI Verbal	0,51	0,36	0,51
WISC-III QI de Execução	0,64	0,53	0,56
WISC-III QI de Compreensão Verbal	0,53	0,39	0,50
WISC-III QI de Organização Perceptual	0,68	0,61	0,54

Notas: SON-QI = Escala Geral do SON-R 2½-7[a]; SON-EE = Escala de Execução do SON-R 2½-7[a]; SON-ER = Escala de Raciocínio do SON-R 2½-7[a].

A Tabela 6.3.4 revela que a correlação entre a escala geral do SON-R 2½-7[a] e a escala da Organização Perceptual da WISC-III é a mais alta. As correlações entre a escala de raciocínio do SON-R 2½-7[a] com a WISC-III são mais altas do que as correlações entre a escala de execução do SON-R 2½-7[a] com a WISC-III. Isso também foi o caso da WPPSI-III. As correlações relativamente baixas entre o SON-QI e o QI Verbal e o QI de Compreensão Verbal da WISC-III refletem o fato de o SON-R 2½-7[a] ser um teste não verbal de inteligência e sem subtestes que medem a inteligência verbal.

Os resultados da Tabela 6.3.5 mostram que as MPC têm uma correlação mais elevada com a escala de execução do que com a escala de raciocínio do SON-R 2½-7[a]. A EMMC, entretanto, mostra uma correlação mais forte com a escala de raciocínio do que com a escala de execução do SON-R 2½-7[a]. A correlação entre o SON-R 2½-7[a] e o SON-R 6-40 é de 0,80, o que corrobora que ambos os testes visam a medir o mesmo construto.

TABELA 6.3.5

Coeficientes de correlação de Pearson entre as escalas do SON-R 2½-7[a], as MPC de Raven, a EMMC (Columbia) (n = 120) e o SON-R 6-40 (n=44)

Teste	N	SON-QI	SON-EE	SON-ER
MPC – Raven	120	0,68	0,61	0,56
EMMC – Columbia	120	0,56	0,43	0,54
SON-R 6-40	44	0,80	0,66	0,79

Notas: MPC – Raven = Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; EMMC – Columbia = Escala de Maturidade Mental Columbia; SON-QI = Escala Geral do SON-R 2½-7[a]; SON-EE = Escala de Execução do SON-R 2½-7[a]; SON-ER = Escala de Raciocínio do SON-R 2½-7[a].

Os resultados obtidos forneceram evidências fortes da validade e de precisão dos escores do SON-R 2½-7[a] no contexto brasileiro. Tais evidências oferecem suporte à utilização do SON-R 2½-7[a] para a avaliação, com boa precisão, das habilidades cognitivas de crianças entre 2 anos e 6 meses e 7 anos e 11 meses.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O INSTRUMENTO E SEU USO

Uma vantagem fundamental do SON-R 2½-7[a] é a de que os seus subtestes não requerem tradução. Isso torna o teste uma ferramenta adequada para estudos transculturais e internacionais. Outra vantagem é o seu tempo reduzido de aplicação: a duração média do teste é de aproximadamente 40 minutos. O tempo relativamente curto de aplicação tem vantagens práticas e facilita a aplicação de outros testes em combinação com o SON-R 2½-7[a]. Um ponto forte do SON-R 2½-7[a] são as normas que foram elaboradas com base em uma amostra representativa de crianças de 3 anos e 3 meses a 7 anos e 9 meses no Brasil. Na elaboração das normas, foi utilizado o modelo de normatização contínua, que produz normas mais precisas possibilitando o cálculo de escores normatizados para cada idade exata. Outra vantagem do SON-R 2½-7[a] é que junto com o teste é fornecido um *software* que permite a estimação ótima dos escores normatizados com base na idade exata da criança. Dessa maneira, o examinador não precisa buscar os escores nas tabelas e o seu cálculo é mais preciso, uma vez que está baseado na idade exata da criança testada e não em um grupo de idade, como é o caso com o uso das tabelas. Outra vantagem do SON-R 2½-7[a] é a de que ele não requer habilidades linguísticas específicas. Além disso, outra vantagem fundamental é a de que o teste pode ser aplicado também em crianças com necessidades especiais na área de comunicação e crianças que são difíceis de testar, que têm dificuldades de aprendizagem ou atraso no desenvolvimento. As desvantagens do SON-R 2½-7[a] são as de que o teste não fornece informações sobre as habilidades verbais de uma criança e de que não é apropriado para crianças com deficiências visuais ou motoras.

REFERÊNCIAS

Alves, I. C. B., & Duarte, J. L. M. (2001). *Escala de Maturidade Mental Colúmbia: Manual para aplicação e interpretação.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custório, D. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala especial.* São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Berge, J. M. F. ten, & Zegers, F. E. (1978). A series of lower bounds to the reliability of a test. *Psychometrika, 43*(4), 575-579.

IBGE (2000). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.* Brasília: IBGE.

IBGE (2007). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. *Estudos & Pesquisas, 21*, 63-74.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL for Windows* [Computer software]. Lincolnwood,: Scientific Software International.

Karino, C. A., Laros, J. A., & Jesus, G. R. (2011). Evidências de validade convergente do SON-R 2½-7[a] com o WISC-III e WPPSI-III. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*(4), 621-629.

Laros, J. A., Almeida, G. O. N., Lima, R. M. F., & Valentini, F. (2015). Dimensionalidade e evidências de validade convergente do SON-R 6-40. *Temas em Psicologia, 23*(4), 929-945.

Laros, J. A., Tellegen, P. J., Jesus, G. R., de & Karino, C. A. (2015). *SON-R 2½-7[a]. Manual – Teste não-verbal de inteligência.* São Paulo: Hogrefe-CETEPP.

Lenhard, A., Lenhard, W., Suggate, S., & Segerer, R. (2016). A continuous solution to the norming problem. *Assessment, 25*(1):112-125.

Oosterhuis, H. E. M., van der Ark, L. A., & Sijtsma, K. (2015). Sample size requirements for traditional and regression-based norms. *Assessment, 23*(2) 1-12.

Sijtsma, K. (2012). Future of psychometrics: Ask what psychometrics can do for psychology. *Psychometrika, 77*, 4-20.

Snijders-Oomen, N. (1943). *Intelligentieonderzoek van doofstomme kinderen*. Nijmegen: Berkhout.

Snijders, J. Th., & Snijders-Oomen, N. (1958) eerste editie, (1970) tweede editie. *Snijders-Oomen niet- verbale intelligentieschaal SON-'58.* Groningen: Wolters-Noordhoff.

Snijders, J. Th., Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (1989). *SON-R 5½-17: Manual and research report.* Groningen: Wolters-Noordhoff.

Tellegen, P. J., Winkel, M., Wijnberg-Williams, B. J., & Laros,J. A. (1998). *Manual and research report of the SON-R 2½-7.* Lisse: Swets & Zeitlinger [Dutch and German versions of the manual were also published].

Tellegen, P. J., Laros, J. A., & Heider, D. (2008). *SON-R 2½-7, Neverbalni inteligencni test: Prirucka. [SON-R 2½-7, non-verbal test of intelligence: Manual]*. Praha: Testcentrum-Hogrefe.

Tellegen, P. J., Laros, J. A., & Kiat, M. (2009). *SON-R 2½-7. Test Non-Verbal d'Intelligence*. Paris: Hogrefe France.

Tellegen, P. J., Laros, J. A., Kopcanova, D., Farkasova, E., & Dockal, V. (2009). *SON-R 2½-7. Neverbalny test inteligencia. Prve slovenske vydanie. Prirucka. [SON-R 2½-7, non-verbal test of intelligence: Slovak normatization. Manual]*. Praha: Vydalo Hogrefe – Testcentrum.

Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (2011). *SON-R 6-40: Niet-verbale Intelligentie Test. Verantwoording, Instrukties & Normen (SON-R 6-40 [Nonverbal Intelligence Test. Research report, Instructions & Norms]*. Amsterdam: Hogrefe.

Tellegen, P. J., Laros, J. A., & Iliescu, D. (2012). *Snijders-Oomen Nonverbal Intelligence Test SON-R 2½-7: Testul de Inteligenta Nonverbal Snijders-Oomen*. Bucareste: Testcentral.

Tellegen, P. J., Laros, J. A., & Petermann, F. (2012). *SON-R 6-40: Non-verbaler intelligenztest – I. Technisches Manual mit deutscher normierung und validierungsstudien*. Göttingen: Hogrefe.

Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (2014). *SON-R 6-40. Snijders-Oomen Non-verbal intelligence test. Volume I: Research report.* Göttingen: Hogrefe..

Wechsler, D. (2002a). *WPPSI-III – Technical and interpretive manual.* San Antonio: The Psychological Corporation.

Wechsler, D. (2002b). *WISC-III – Escala de inteligência Wechsler para Crianças: Manual.* São Paulo: Pearson.

LEITURAS RECOMENDADAS

Geerlings, H., Laros, J. A., Tellegen, P. J., & Glas, C. A. W. (2013). Testing the difficulty theory of the SON-R 5½-17, a non-verbal test of intelligence. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 66, 1-26.*

Karino, C. A., Laros, J. A., & Jesus, G. R. (2012). Funcionamento diferencial dos itens do teste não verbal de inteligência SON-R 2½-7[a]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *28*, 15-25.

Laros, J. A., & Tellegen, P. J. (1991). *Construction and validation of the SON-R 5½-17, the Snijders-Oomen non-verbal intelligence test.* Published Doctoral Thesis. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Laros, J. A., & Tellegen, P. J. (1993). The Snijders-Oomen non-verbal intelligence tests: General intelligence tests or tests for learning potential? In J. H. M. Hamers, A. J. J. M. Ruijssenaars & K. Sijtsma, K. (Eds.), *Learning potential assessment: Theoretical, methodological and practical issues* (pp. 267-283). Lisse: Swets & Zeitlinger.

Laros, J. A., & Tellegen, P. J. (2004). Cultural bias in the SON-R test: Comparative study of Brazilian and Dutch children. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20*(2), 103-111.

Laros, J. A., Jesus, G. R. de, & Karino, C. A. (2013). Validação brasileira do teste não-verbal de inteligência SON-R 2½-7[a]. *Avaliação Psicológica, 12*(2), 233-242.

Laros, J. A., Tellegen, P. J., & Winkel, M. (1997). The construction of a nonverbal test of intelligence. In H. T. van der Molen, & W. Tomic (Eds.), *Intelligence and Social Competence* (177-195). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.

Laros, J. A., Reis, R. F., & Tellegen, P. J. (2010). Indicações da validade convergente do teste não verbal de inteligência SON-R 2½-7[a]. *Avaliação Psicológica*, *9*(1), 43-52.

Macedo, E. C., Mecca, T. P., Valentini, F., Laros, J. A., Lima, R. M. F., & Schwartzman, J. S. (2013). Utilizando o teste não verbal de inteligência SON-R 2½-7[a] para avaliar crianças com Transtornos do Espectro do Autismo. *Revista Educação Especial (UFSM)*, *26*(47), 603-618.

Snijders, J. Th., & Snijders-Oomen, N. (1975). *Snijders-Oomen niet-verbale intelligentieschaal SON 2½-7*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Starren, J. (1975). SSON 7-17. *De ontwikkeling van een nieuwe versie van de SON voor 7-17 jarigen. Verantwoording en handleiding.* Groningen: Wolters-Noordhoff.

Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (2005). Fair assessment of children from cultural minorities: A description of the SON-R non-verbal intelligence tests. In D. Kopcanová (Ed.), *Quality Education for children from socially disadvantaged settings* (pp. 50-73). Bratislava: Commission of UNESCO.

Tellegen, P. J., Laros, J. A., & & Winkel, M. (1993). The construction and validation of a non-verbal test of intelligence: The revision of the Snijders-Oomen Tests. *European Journal of Psychological Assessment*, *9*, 147-157.

Zhang, H., Xu, J. Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (2015). *Chinese edition of the SON-R 6-40. Research report.* Beijing: Foreign Language, Teaching & Research Publishing.

7

AVALIAÇÃO NA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Tatiana Pontrelli Mecca
Elizeu Coutinho de Macedo

O CONCEITO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A definição de deficiência intelectual (DI) tem sido debatida desde o início das classificações dos transtornos mentais (Harris & Greenspan, 2016). Acompanhando as mudanças na compreensão sobre suas causas, seus prejuízos, suas manifestações e suas intervenções, a terminologia para se referir ao grupo denominado atualmente "deficiências intelectuais" (American Psychiatric Association [APA], 2013) passou por muitas mudanças ao longo do tempo (Spruill & Harrison, 2016). Tais mudanças também refletem a necessidade de tratar o assunto de forma não pejorativa e lidar com o estigma associado a tais condições (Harris & Greenspan, 2016).

O termo DI, utilizado no plural, reflete um espectro de condições, uma vez que se trata de quadros bastante heterogêneos no que tange às suas etiologias e níveis de prejuízos cognitivos e adaptativos (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD], 2010; APA, 2013; Salvador-Carrulla, Reed, Vaez-Azizi, Cooper & Martinez-Leal, 2011). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA (2013), o grupo de condições denominado deficiências intelectuais é composto pelas seguintes categorias: deficiência intelectual (ou transtorno do desenvolvimento intelectual), atraso global do desenvolvimento e deficiência intelectual (ou transtorno do desenvolvimento intelectual) não especificada.

O transtorno global do desenvolvimento se refere ao diagnóstico que deve ser estabelecido para crianças até os 5 anos de idade, quando a severidade do quadro não permite que uma avaliação formal seja realizada durante essa fase inicial do desenvolvimento. No entanto, apesar da não realização de testagem, podem ser observados atrasos gerais no alcance dos marcos do desenvolvimento esperados para a faixa etária. Por isso, esse diagnóstico precisa ser revisto ao longo do tempo, a partir dos 6 anos (APA, 2013).

Já a deficiência intelectual não especificada se caracteriza por prejuízos severos no desenvolvimento, associados a alterações sensoriais ou físicas que dificultam ou impossibilitam a realização de testagem com indivíduos a partir dos 5 anos. Assim como o transtorno global do desenvolvimento, essa categoria diagnóstica também requer periodicidade nas avaliações (APA, 2013).

O presente capítulo terá como foco a primeira categoria, a deficiência intelectual (ou transtorno do desenvolvimento intelectual), que é definida a partir de três critérios principais:

a. déficit no funcionamento intelectual observado a partir de prejuízos no raciocínio, na resolução de problemas, no planejamento, na execução de tarefas e no pensamento abstrato;
b. déficits em pelo menos uma das três grandes áreas do funcionamento adaptativo, a saber: as habilidades conceituais, sociais e práticas;
c. por fim, tais déficits devem aparecer durante o período do desenvolvimento e não podem ser mais bem explicados por outra condição.

Tassé, Luckasson e Schalock (2016a) discutem que, embora o termo ou o nome tenha mudado ao longo do tempo, conforme apontado por Harris e Greenspan (2016), a definição de DI utilizada tem sido bastante consistente nos últimos 50 anos. Isso é observado especialmente no que tange aos critérios de déficit de inteligência, de funcionamento adaptativo e no início precoce. Um dos maiores avanços foi a concepção da estrutura fatorial do funcionamento

adaptativo em uma tríade (habilidades conceituais, sociais e práticas), bem como no desenvolvimento de formas padronizadas para sua avaliação (Tassé et al., 2012). Tais habilidades são aprendidas e realizadas pelos indivíduos em suas vidas diárias (Schalock et al., 2010).

A literatura reporta uma prevalência de 1 a 3% de indivíduos com DI e diferenças no que tange ao nível de severidade, sendo 85% de casos leves, 10% moderada, 4% severa e 2% profunda. Os estudos sugerem maiores prevalências em países em desenvolvimento quando comparados a países desenvolvidos (Maulik et al., 2011; Shalock et al., 2010). No entanto, grande parte das crianças com deficiência leve não é identificada durante o período prévio ao escolar. Tal ausência de identificação precoce ocorre principalmente quando não há um histórico médico que indique problemas significativos no desenvolvimento. Já no caso dos adultos, é possível que muitos deles que tenham DI não sejam identificados se o ambiente no qual estão inseridos não apresenta demandas acadêmicas (Hamilton, 2006).

A etiologia da DI também é bastante variada, sendo que diversos fatores têm sido associados como risco: síndromes genéticas, erros inatos do metabolismo, malformações encefálicas, doença materna, teratógenos, intoxicações, lesões, traumatismos, convulsões, infecções, doenças desmielinizantes e privações ambientais (APA, 2013). Walker e Johnson (2006) apontam que 50% da variância no Quociente Intelectual (QI) está relacionada a aspectos genéticos. A outra metade é explicada pelos fatores de risco descritos. Desse modo, as avaliações nos quadros de DI podem mostrar o impacto que esses fatores têm tanto na inteligência quanto no funcionamento adaptativo.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO NA DI

É importante destacar que déficits na inteligência e no funcionamento adaptativo devem ser diagnosticados a partir dos escores obtidos em instrumentos padronizados e normatizados para a população à qual o indivíduo avaliado pertence (APA, 2013). Isso indica que não é possível realizar o diagnóstico de DI a partir de critérios subjetivos. No caso do funcionamento adaptativo, há escalas específicas para tal, que avaliam uma ou mais dimensões (habilidades conceituais, sociais e práticas), a partir de respostas de cuidadores e professores e de autorrelato, quando possível (Mecca et al., 2015a).

De acordo com LaRue, Manente, Dashow e Sloman (2016), as escalas mais comumente utilizadas para verificar a frequência de comportamentos adaptativos emitidos pelos indivíduos são: Vineland Adaptive Behavior Scales II (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2008), Scales of Independent Behavior-Revised (Bruininks, Woodcock, Weatherman, & Hill, 1996) e Assessment of Functional Living Skills (Partington & Mueller, 2012). Spruill e Harrison (2016) ainda citam o Adaptive Behavior Assesment System, atualmente em sua 3ª edição (Harrison & Oakland, 2015), a AAMR Adaptive Behavior Scale, nas versões School (Nihira, Lambert & Leland, 1993a) e Residential and Community (Nihira, Lambert & Leland 1993b). Além dessas escalas, ainda há o Comprehensive Test of Adaptive Behavior-Revised (Adams, 1999) e a Diagnostic Adaptive Behavior Scale (Tassé et al., 2011), ainda em estudo de suas propriedades psicométricas (Tassé et al., 2016a). Na maior parte dos casos, os escores brutos são transformados em pontuações padronizadas cuja média é 100 e cujo desvio padrão é igual a 15, tal como observado nos testes de inteligência. Dois desvios padrão abaixo da média em alguma das dimensões do funcionamento adaptativo se caracterizam como prejuízo nesse domínio.

Estudos mostram que o funcionamento adaptativo é utilizado eficazmente para fornecer metas para educação inclusiva, referenciadas na pessoa com DI, com estratégias de apoio individualizadas, atenção direta, além de servir como uma variável na avaliação de resultados das intervenções realizadas (Luckasson & Schalock, 2013; Tassé et al., 2012).

Atualmente o nível de severidade da DI é pautado nos escores obtidos nas escalas de funcionamento adaptativo em função de algumas limitações observadas na interpretação dos escores em testes de inteligência (Harris & Greenspan, 2016), especificamente para aqueles indivíduos cujos escores são tão rebaixados que não é possível discriminar exatamente em que ponto da curva de Gauss está o QI. Na 4ª edição brasileira da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV), por exemplo, a pontuação mínima de QI é de 40 (Rueda, Noronha, Sisto, Santos, & Castro, 2013), sendo impossível determinar faixas de QI inferiores a esse valor, correspondentes a déficits grave (severo) ou profundo, conforme interpretação apresentada na Tabela 7.1.

TABELA 7.1
Interpretação do QI de acordo com a pontuação padronizada

Pontuação padronizada (M = 100; DP = 15)	Interpretação
QI de 70 a 50-55 pontos (2 DP < média)	Déficit leve
QI de 50-55 a 35-40 pontos (3 DP < média)	Déficit moderado
QI de 35-40 a 20-25 pontos (4 DP < média)	Déficit grave ou severo
QI < 20-25 pontos (≥ 5 DP < média)	Déficit profundo

Apesar de a determinação do nível de severidade não estar ancorada no desempenho em testes de inteligência, esses ainda são fundamentais para a realização do diagnóstico, pois são necessários para a identificação de um dos critérios da DI (déficit na inteligência). Considerando o nível de prejuízo intelectual, a classificação para o QI é feita conforme as informações descritas na Tabela 7.1.

Vale ressaltar que a inteligência, habilidade geral do indivíduo de raciocinar, pensar de maneira abstrata, planejar suas ações, resolver problemas e aprender com a experiência de modo a compreender o seu ambiente (Gottfredson, 1997), é entendida como um construto multidimensional (McGrew, 2009; Schneider & McGrew, 2012) e, por isso, há uma variabilidade em termos de habilidades avaliadas pelos diferentes testes de inteligência. Além disso, diferentes testes podem ter níveis de dificuldades distintos, indicando que a mesma pontuação obtida em dois instrumentos não reflete necessariamente o mesmo nível de habilidade.

Outra questão que deve ser considerada é a amostra que constitui as normas de referência do instrumento. A maior parte dos instrumentos disponíveis para a avaliação de inteligência no Brasil tem normas estabelecidas a partir de uma amostra específica, utilizada como referência para a elaboração dos dados normativos. Não necessariamente toda a diversidade em termos de funcionamento intelectual pode ter sido contemplada na composição da amostra.

Harris e Greenspan (2016) e Tassé e colaboradores (2016b) também apontam que uma das variáveis que influenciam a interpretação feita a partir dos escores em testes de inteligência em indivíduos com DI é o Efeito Flynn. Documentado pela primeira vez em 1984, trata-se do aumento do QI, observado ao longo do tempo (Flynn, 2009). Mais precisamente, observa-se um aumento de 0,3 ponto por ano (ou três pontos a cada 10 anos). Esse efeito também é observado em pessoas com DI (Spruill & Harrison, 2016). Há evidências de que, em pessoas com DI, o Efeito Flynn foi mais alto quando comparado a indivíduos na faixa média de inteligência (Zhou, Zhu, & Weiss, 2010).

Mudanças nos escores em testes de inteligência, observadas em indivíduos com DI, podem ser decorrentes do efeito da regressão à média. De acordo com Spruill e Harrison (2016), observa-se que ao longo do tempo as médias dos escores de pessoas com DI vão em direção à média normativa. Isso tem implicações quando pessoas com DI são testadas uma segunda vez e os escores na segunda aplicação são maiores em relação à primeira. Por isso sugere-se que diversos fatores sejam considerados ao se interpretar possíveis mudanças de QI, como, por exemplo, o nível de funcionamento adaptativo.

RELAÇÃO ENTRE INTELIGÊNCIA E FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO NA DI

Apesar de construtos distintos, há relação entre os escores obtidos em testes de inteligência e as escalas de funcionamento adaptativo, tanto em indivíduos com DI quanto em indivíduos sem DI (Spruill & Harrison, 2016). A noção de que são construtos distintos, porém relacionados, não é recente (Boan & Harrison, 1997; Keith, Fehrmann, Harrison, & Pottebaum, 1987), e estudos mais atuais corroboram os achados mais antigos.

Recentemente, Fu, Lincoln, Bellugi e Searcy (2015) verificaram, em crianças e adultos com síndrome de Williams-Beuren (uma condição que cursa com DI) uma relação positiva, significativa, mas de magnitude baixa entre o QI obtido pelas Escalas Wechsler e o funcionamento adaptativo avaliado pelas Scales of Independent Behavior-Revised. As correlações foram verificadas especificamente com independência, comunicação/interação social, atividades pessoais e atividades na comunidade. Já o estudo de Munson e colaboradores (2008), com crianças pré-escolares diagnosticadas com transtorno do espectro autista (TEA) mostrou que 93% das crianças da amostra apresentaram QI < 70 e que houve um aumento progressivo no funcionamento adaptativo relatado pelos responsáveis, especificamente nas habilidades de comunicação e socialização, conforme o aumento do QI.

No manual técnico da 2ª edição do Adaptive Behavior Assessment System (ABAS-II), são descritos alguns estudos com amostras clínicas, entre elas indivíduos com DI, em que as relações entre os escores no ABAS-II e na WISC-III são positivas e variam de baixas a moderadas. O QI Total apresenta relação de maior magnitude com o domínio conceitual do ABAS-II, sendo a subescala de Funções Acadêmicas aquela com maior correlação em relação às demais. As maiores correlações com o QI Verbal e com o QI de Execução foram com essa subescala que avalia, por exemplo, se a criança escreve e lê seu próprio nome e sobrenome, entende placas de sinalização, usa dicionário, sabe conferir troco, acompanha algum assunto de seu interesse por meio de jornais, livros e outros materiais e se escreve cartas, bilhetes, mensagens ou *e-mails* (Harrison & Oakland, 2003).

Com o ABAS-II também são reportados estudos indicando relações positivas e de magnitude moderada com o Stanford Binet-IV (SB-IV) em indivíduos com DI. A correlação de maior magnitude foi observada com o domínio social do ABAS-II, especificamente com a subescala Lazer, que avalia, por exemplo, se a criança brinca com outras crianças utilizando brinquedos ou jogos e se realiza atividades de lazer em grupo.

No entanto, Tassé e colaboradores (2016a) apresentam algumas questões importantes que devem ser ponderadas ao conceber ambos os construtos como relacionados. Uma delas é: se consideramos inteligência e funcionamento adaptativo como relacionados, como essa relação é expressa? E como isso afeta o critério diagnóstico estabelecido para DI? Para os autores, é possível, sim, dizer que se trata de dois construtos relacionados, mas não podemos atribuir uma relação causal (i.e., prejuízos na inteligência causam déficits no funcionamento adaptativo). Além disso, discutem que ambos devem ter o mesmo peso na realização do diagnóstico, assim como já indicado previamente na literatura da área (Schalock et al., 2012).

Uma das afirmações presentes no DSM-5 pode acarretar a ideia errônea de causa: “para estabelecer o diagnóstico, os déficits adaptativos devem estar diretamente relacionados aos prejuízos intelectuais...”. Isso levaria a erros de interpretação sobre a possível causa dos prejuízos

de funcionamento adaptativo ancorada na inteligência. Também faria emergir um quarto critério impossível de ser implementado pelos clínicos (saber se um déficit adaptativo foi causado por um rebaixamento intelectual) e sem evidências científicas, sendo que é mais provável que ambos sejam causa de um outro fator comum, tal como dano ou malformação cerebral (Tassé et al., 2016a).

Luckasson e Schalock (2015) afirmam que a realização do diagnóstico de DI deve considerar uma compreensão completa sobre o funcionamento humano e isso incluiria o entendimento da *performance* típica da pessoa no dia a dia, ou seja, seu funcionamento adaptativo, e a capacidade máxima, que seria o seu nível intelectual. Considerando esse último aspecto, o próximo tópico discutirá o uso dos testes de inteligência para avaliar indivíduos com DI.

O uso de testes de inteligência na avaliação de indivíduos com DI

Avanços no conhecimento científico, nas práticas de atendimento (como na medicina) e nas políticas sociais têm contribuído para o aumento do número de indivíduos com DI inseridos em diferentes âmbitos da sociedade, tais como o educacional e social. Essas mudanças resultam na necessidade de avaliação. Em casos de indivíduos com DI, a avaliação de inteligência pode ser utilizada tanto como finalidade diagnóstica quanto para conduzir o planejamento de intervenções e tomar decisões (AERA, APA, & NCME, 1999; Mecca, Orsati, & Macedo, 2014b). Além desses aspectos, pesquisas têm sido conduzidas no sentido de identificar perfis cognitivos, ou seja, forças e fraquezas associadas a condições específicas (Meccaet al., 2014b).

A identificação de forças e fraquezas pode ser realizada a partir de um procedimento denominado "análise de perfis", a partir do qual é possível verificar se existem diferenças de desempenho em subtestes que avaliam habilidades distintas. A análise de perfis fornece três tipos de informação: elevação, dispersão e forma (Cronbach & Gleser, 1953). Elevação se refere à média obtida a partir de todas as pontuações obtidas em diferentes subtestes. Um perfil de elevação se reflete no QI Total, que representa um funcionamento cognitivo global do indivíduo. Já o perfil de dispersão (ou *scatter*) se refere ao quanto os escores das partes variam em torno do perfil médio. Os índices de dispersão incluem o desvio padrão, a gama das pontuações em diferentes subtestes e o grau de desvio de cada pontuação em função da média geral. Por fim, a forma do perfil reflete onde ocorrem os pontos altos e baixos. Este pode ser definido por uma ordem de classificação das pontuações dentro do perfil. Um levantamento da literatura sobre o perfil "elevação", realizado por Bergeron e Floyd (2006) sobre indivíduos com DI, mostra baixos escores em função das altas intercorrelações entre diferentes medidas cognitivas. Em casos de DI, as intercorrelações tendem a ser mais altas em relação a outros grupos. Isso ocorre porque indivíduos com DI apresentam baixos escores em diferentes tarefas cognitivas quando comparados aos seus pares.

Em relação ao perfil de dispersão (*scatter*), Bergeron e Floyd (2006) discutem que uma parte considerável da variância observada em cada subteste pode ser atribuída ao funcionamento cognitivo geral. Portanto, é lógico pensar em um perfil mais homogêneo nos indivíduos com DI, uma vez que poucas variações ou dispersões seriam observadas no desempenho de cada subteste. Há evidência de que o desvio padrão obtido nos escores dos subtestes na DI é menor do que em indivíduos típicos quando avaliados por testes que representam baterias (i.e., Escalas Wechsler) para a avaliação de inteligência. Dados como esse levaram alguns pesquisadores, como Watkins (2003), a afirmar que o QI Total é mais informativo sobre o funcionamento cognitivo do indivíduo do que as interpretações feitas com base nos subtestes específicos.

Entretanto, uma maior parte dos estudos com DI foca no perfil "forma" de forças e fraquezas cognitivas, o qual acaba por ser o mais investigado, pois os achados oriundos desse tipo de investigação têm implicações para o planejamento de intervenções. Parece haver uma tendência a menores escores nos subtestes mais associados ao fator geral de inteligência (fator *g*), ou seja, com maiores cargas fatoriais em pessoas com DI. Por outro lado, podem apresentar melhores escores nos subtestes em que há menores cargas fatoriais no fator *g* (Bergeron & Floyd, 2006). Tais aspectos podem ser exemplificados a partir de um estudo realizado por Bergeron e Floyd (2006), no qual avaliaram 60 indivíduos entre 8 e 18 anos, sendo 30 com DI e 30 controles, a partir de 14 subtestes agrupados em sete *clusters* da Bateria Woodcock-Johnson-III (WJ-III):

compreensão-conhecimento (Gc, anteriormente denominada inteligência cristalizada), recuperação de longo prazo (G), processamento visuoespacial (Gv), processamento auditivo (Ga), memória de curto prazo (Gsm), raciocínio fluido (Gf) e velocidade de processamento (Gs). Raciocínio fluido, compreensão-conhecimento e recuperação de longo prazo são as dimensões com maiores cargas fatoriais em *g* (inteligência geral). Entretanto, ao verificar o perfil cognitivo dos indivíduos com DI, pode-se observar que houve um melhor desempenho em *clusters* com menores cargas em *g*, tais como o processamento auditivo e visuoespacial. Por outro lado, dificuldades foram observadas no *cluster* de recuperação de longo prazo.

Ainda sobre a existência de uma literatura consistente na área a respeito da baixa precisão e validade da interpretação a partir dos escores nos subtestes específicos quando comparados com o escore total, há também um corpo de evidências indicando que na DI é possível observar alguns poucos subtestes com escores na média, apesar de a maioria estar abaixo do esperado para a idade.

No caso de indivíduos com síndrome de Down (SD), por exemplo, cerca de 70 a 75% apresentam QI entre 20 e 55, relacionado a prejuízos leves, moderados e severos de aprendizagem (Rihtman et al., 2010). A variabilidade em termos de nível intelectual é decorrente tanto de fatores genéticos quanto ambientais (Freire, Duarte, & Hazin, 2012; Freire & Hazin, 2015; Korenberg, 1995; Schwartzman, 2003). Korenberg (1995) aponta que as regiões cromossômicas 21q21.1 (região 21.1 do braço longo do cromossomo 21) a 21q21.3 (região 21.3 do braço longo do cromossomo 21) estão associadas a escores de QI que representam DI severa e profunda, enquanto as regiões 21q11.2 e 21q22.12 estão associadas a escores de QI que indicam DI leve a moderada. Já a relação do QI com aspectos ambientais pode ser mediada pelos efeitos de programas de intervenção, conforme discussão de Schwartzman (2003) e revisão de Freire e colaboradores (2012).

Na prática clínica, é possível observar que nem todos os indivíduos com DI conseguem realizar os testes utilizados com mais frequência para obtenção da capacidade intelectual. Bello, Goharpey, Crewther e Crewther (2008) discutem que algumas escalas, tais como a WISC-IV, podem apresentar limitações ao serem utilizadas em pessoas com DI. De acordo com esses autores, as limitações decorrem da dificuldade em realizar uma aplicação prolongada e dependente do desenvolvimento de capacidades linguísticas, frequentemente deficitárias nessa população, bem como dificuldades em motivar o indivíduo a permanecer engajado e concentrado na tarefa.

O estudo de Duarte (2009), por exemplo, objetivou a caracterização do perfil cognitivo de 67 indivíduos com SD por meio das Escalas Wechsler de Inteligência para crianças e adultos. Entretanto, a autora relata que 46,2% dos participantes foram excluídos do estudo. Um dos fatores responsáveis pela perda amostral foi o fato de os sujeitos não serem capazes de compreender as tarefas ou não utilizarem expressão verbal como meio de comunicação. Nesse sentido, testes mais breves e que reduzem as demandas verbais podem ser utilizados quando o indivíduo com DI não é capaz de responder a testes longos, que requerem desenvolvimento adequado da linguagem (Bello et al., 2008; Antônio, Mecca, & Macedo, 2012).

Considerando algumas características dos indivíduos com DI, Roid e Miller (1997) apontam que, quando necessário, deve-se modificar o formato de apresentação do teste e da resposta a ser emitida, flexibilizar o tempo e alterar o lugar de testagem. Também podem-se aplicar apenas versões breves de instrumentos ou utilizar formas alternativas de avaliação (AERA, APA, & NCME, 1999).

Nesse sentido, Bello e colaboradores (2008) avaliaram 189 crianças com autismo, DI idiopática (sem causa conhecida) e síndrome de Down utilizando duas formas do Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, a forma tradicional (com o caderno de aplicação) e o formato de quebra-cabeça. Essa versão alternativa (quebra-cabeças) foi elaborada com o mesmo tamanho e a mesma cor que a forma do livro, mas cada uma das alternativas poderia ser removida e fisicamente anexada ao local ausente na matriz por meio do uso de um sistema com velcro. Da amostra inicial, 164 conseguiram responder aos instrumentos. Antes de comparar o desempenho do grupo clínico, um estudo prévio foi realizado com uma amostra típica indicando equivalência de ambas as formas. Considerando o grupo como um todo, houve diferença significativa de desempenho entre as formas com melhor desempenho no formato quebra-cabeças ($Z = -5{,}54$; $p < 0{,}05$). O mesmo foi observado no grupo com autismo ($Z = -3{,}99$; $p < 0{,}05$) e com DI idiopática ($Z = -3{,}31$; $p < 0{,}05$). Nesse formato também não houve diferença de desempenho entre os grupos.

Um dos testes muito utilizados em indivíduos com DI e outros transtornos do desenvolvimento, como transtornos de linguagem, deficiência auditiva e TEA, é a Leiter Internacional Performance Scale Revised (Leiter-R). A Leiter-R é um teste não verbal para a avaliação de inteligência destinado a uma ampla faixa etária, dos 2 aos 20 anos, cujo foco está na inteligência fluida (Gf) e no processamento visual (Gv) (Roid & Miller, 1997).

Esse teste foi traduzido e adaptado para o português (Mecca, 2010) e seus estudos psicométricos foram realizados com crianças dos 2 aos 8 anos de idade (Mecca, Antônio, Seabra, & Macedo, 2014a; Mecca, Carvalho, Simões, & Macedo, 2016; Mecca, Jana, Simões, & Macedo, 2015). Também foram realizados estudos com uma amostra de 40 crianças com TEA (Mecca, Orsati, & Macedo, 2014c) e 30 crianças com síndrome de Down (Mecca, Morão, Silva, & Macedo, 2015b).

O estudo de Mecca e colaboradores (2015b) objetivou verificar o desempenho de 30 crianças com síndrome de Down, de 3 a 8 anos de idade ($M = 4{,}57$; $DP = 1{,}40$), na Leiter-R. Primeiramente, o desempenho foi comparado ao de um grupo-controle com desenvolvimento típico, pareado por idade em meses, sexo e tipo de escola (pública ou privada). Foram aplicados os quatro subtestes destinados a todas as faixas etárias e que compõem a medida de QI Estimado da Leiter-R, descritos a seguir:

- **Figura-Fundo (FF)**: avalia discriminação, reconhecimento e retenção visual. O nível de complexidade aumenta a cada item, pois são inseridos estímulos distratores (com formas e cores semelhantes ao estímulo-alvo). São colocados cartões, centralizados entre a criança e o cavalete, que contêm as pranchas de estímulo. Por meio de dicas não verbais, a criança é solicitada a encontrar no cavalete as figuras apresentadas nos cartões. O objetivo é identificar uma figura igual ao estímulo-alvo em meio a muitos distratores. Essa tarefa requer capacidades adequadas de exploração visual, estratégia de busca eficaz e inibição por parte da criança, uma vez que a impulsividade poderá resultar em respostas aleatórias ou em escolha de formas semelhantes ao estímulo-alvo por falta de atenção aos detalhes das figuras.
- **Formas Completas (FC)**: neste subteste, o objetivo é reconhecer um objeto inteiro a partir da apresentação de partes fragmentadas. Para tal, o indivíduo deve olhar para a figura que está desenhada em fragmentos no cartão e apontar para a imagem no cavalete que representa a figura completa. Além da capacidade de síntese, exploração e integração visual, implica flexibilidade, na medida em que a criança deverá alternar a atenção entre a parte e o todo para

chegar a uma solução, mediante um processo de raciocínio. Nessa alternância entre estímulo e resposta, a memória de trabalho é necessária para reter, a curto prazo, as informações do estímulo e das possíveis respostas enquanto, simultaneamente, se constroem e se desfazem imagens mentais da figura-alvo. Os itens mais complexos têm ainda subjacentes um componente de rotação mental. Esse subteste pode ser útil na avaliação de habilidades de organização perceptual.

- **Sequências**: avalia o raciocínio indutivo e a capacidade de fazer progressões lógicas por meio de figuras que apresentam problemas de informação seriada ou sequencial. Nesse subteste, o objetivo é selecionar os estímulos que progridem em uma determinada ordem de acordo com os desenhos apresentados no cavalete e colocá-los de modo que se complete uma sequência correta (p. ex., quadrado pequeno, quadrado médio e quadrado grande). Para que a criança tenha sucesso nesse subteste, ela deve perceber a relação entre os estímulos de forma a encontrar os elementos ausentes no fim ou no meio das sequências apresentadas e escolher os estímulos para completar a sequência corretamente.
- **Padrões Repetidos**: esse subteste requer a combinação das capacidades de raciocínio indutivo e sequencial a partir de padrões de símbolos, da criação de regras e de hipóteses por meio de estímulos existentes em um mesmo padrão. O objetivo é identificar padrões que se repetem por meio de figuras e completá-los seguindo a sequência apresentada no cavalete. Também é necessária a memória de trabalho para que a criança consiga reter o padrão atualizado na memória enquanto escolhe o cartão de resposta que dará continuidade à sequência, manipulando os estímulos de forma adequada.

Os resultados oriundos da comparação entre os grupos indicaram desempenho significativamente superior em todos os subtestes e no escore total para o grupo-controle, com tamanho de efeito grande. Especificamente no grupo com síndrome de Down, houve melhor desempenho das meninas no subteste Padrões Repetidos. O melhor desempenho foi no subteste Padrões Repetidos, seguido por Formas Completas, Sequências e, por fim, Figura-Fundo. O desempenho no subteste Figura-Fundo do grupo com síndrome de Down foi inferior aos desempenhos nos subtestes Padrões Repetidos e Formas Completas, com diferença estatisticamente significativa. Isso indica que apesar de todos os escores estarem abaixo do observado no grupo-controle, quando comparados entre eles, houve maior facilidade em tarefas de síntese visual e raciocínio sequencial e indutivo em relação a habilidades de discriminação visual e exploração visual.

Outra condição em que cerca de 50% dos casos cursam com DI são os TEA (Joseph, 2011). Além da prevalência de DI nos quadros de TEA, a avaliação de inteligência é importante, pois se sabe que inteligência na média ou superior, acompanhada da presença de fala até os 5 anos de idade, reflete bom prognóstico e melhor adaptação funcional nesses indivíduos (Happé & Frith, 1996).

Há diferentes estudos que apontam diferenças nos escores de subtestes que avaliam habilidades distintas em indivíduos com TEA. Uma revisão feita por Siegel, Minshew e Goldstein (1996), por exemplo, mostrou uma diferença de pelo menos 12 pontos entre QI Verbal e QI de Execução nas Escalas Wechsler, sendo o melhor desempenho observado em Execução.

Estudos realizados com as Escalas Wechsler de Inteligência mostram um perfil desigual de habilidades, ou seja, de “picos” e “vales” no qual há melhores desempenhos nos subtestes de Organização Perceptual que não demandam tempo limite, tais como Raciocínio Matricial,

Semelhanças e Conceitos Figurativos. Por outro lado, há prejuízos em tarefas que requerem velocidade de processamento com habilidade motora, tais como Código e Procurar Símbolos. Também são observados prejuízos no subteste Compreensão, que avalia compreensão linguística complexa e de normas sociais (Mandy, Murin, & Skuse, 2015; Mayes & Calhoun, 2008; Oliveras-Rentas, Kenworthy, Roberson, Martin, & Wallace, 2012).

Entretanto, nem todos os indivíduos com TEA conseguem responder a testes complexos tais como as Escalas Wechsler, pelas mesmas razões já discutidas neste tópico, especialmente aqueles com maiores prejuízos cognitivos e linguísticos. Por isso, opta-se por testes não verbais (Grondhuis & Mulick, 2013; Mecca et al., 2014b). No caso dos TEA, há evidências de que os escores em testes não verbais tendem a ser um pouco maiores em relação aos testes com escalas verbais (Grondhuis & Mulick, 2013).

No Brasil, um estudo realizado por Macedo e colaboradores (2013) objetivou avaliar um grupo de 18 crianças com TEA com o SON-R 2½-7[a]. Os resultados desse estudo mostraram que, das 18 crianças avaliadas, cinco apresentaram QI Total na faixa limítrofe (entre 70-79) e três apresentaram QI Total abaixo de 70. Em comparação à amostra normativa, houve um desempenho significativamente inferior do grupo TEA nos subtestes Categorias, Situações e Padrões. A análise intragrupo mostrou que não houve diferença significativa entre o QI de Execução e o QI Raciocínio nos TEA, sendo que ambos apresentaram uma correlação positiva, significativa e de alta magnitude. A comparação entre os subtestes mostrou desempenho superior em Mosaicos quando comparado ao desempenho em Categorias e Padrões para o grupo TEA. Melhor desempenho também foi observado entre o subteste Situações, quando comparado ao Categorias, nos indivíduos com TEA.

Também no sentido de avaliar de forma não verbal habilidades cognitivas nos indivíduos com TEA, Mecca e colaboradores (2014c) investigaram o perfil cognitivo de 40 crianças entre 3 e 8 anos de idade utilizando a Leiter-R. Ao comparar aquelas com TEA a um grupo com desenvolvimento típico pareado por sexo, idade em meses e tipo de escola (pública ou privada), os autores verificaram desempenho significativamente inferior no grupo TEA nos subtestes Figura-Fundo e Formas Completas, que avaliam Gv, e Sequências, Padrões Repetidos e Classificação, que avaliam Gf. Esse último subteste avalia a capacidade de categorizar estímulos de acordo com alguma semelhança entre eles. No grupo TEA, os escores nos subtestes que demandavam habilidades de visualização e visuoespaciais foram superiores em relação aos escores nas tarefas de raciocínio fluido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da inteligência em indivíduos com DI pode ocorrer em diferentes contextos e finalidades. Especialmente quando realizada para auxiliar no processo diagnóstico, ainda é uma prática que acarreta desafios para os psicólogos e neuropsicólogos clínicos. Tal fato se dá principalmente pela escassez de ferramentas para tal. Em crianças pré-escolares, por exemplo, há apenas o Teste Não Verbal SON-R 2½-7[a], disponível recentemente para a população brasileira (Laros, Tellegen, Jesus, & Karino, 2015), com dados normativos oriundos de diferentes regiões do país. Também há a Escala de Maturidade Mental Colúmbia (Alves & Duarte, 2001), com normas para crianças dos 3 anos e 6 meses aos 9 anos e 11 meses, cujos resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que os estudos de validade foram realizados há mais de 15 anos.

Ao se propor a avaliar indivíduos com DI, também deve-se considerar outras variáveis que podem influenciar o desempenho nos testes, tais como o nível de linguagem, a concentração, a motivação e a compreensão das instruções. Por vezes também são necessárias adaptações à situação de testagem, conforme apontado por Roid e Miller (1997), de modo que seja possível que o indivíduo consiga emitir alguma resposta diante dos estímulos do teste. Adaptações são previstas, inclusive pelos *Standards* (AERA, APA, & NCME, 1999), indicando que flexibilizar alguns aspectos pode auxiliar na condução na avaliação.

Considerando ainda a avaliação com finalidade diagnóstica, essa deve ser realizada com cautela, pois no Brasil temos apenas testes disponíveis para a avaliação de inteligência, mas não dispomos de instrumentos para a avaliação do funcionamento adaptativo. As habilidades conceituais, sociais e práticas são avaliadas a partir de ferramentas complementares como inventários, questionários e entrevistas, de modo que é necessário investimentos e pesquisas que objetivam construir ou adaptar testes de funcionamento adaptativo já existentes. Por outro lado, enquanto ainda não há instrumentos disponíveis para tal avaliação em contexto nacional, tais aspectos podem ser verificados a partir de uma observação cuidadosa de profissionais que atuam na avaliação de indivíduos com DI, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, médicos, psicopedagogos e educadores. Um olhar clínico de um profissional experiente e que conheça as etapas do desenvolvimento e do que se espera em termos de funções conceituais, sociais e práticas para cada faixa etária é de extrema relevância na identificação de possíveis déficits de funcionamento adaptativo.

Por fim, analisar os resultados com base nos perfis, conforme descritos por Cronbach e Gleser (1953), pode contribuir não só para a identificação de rebaixamento intelectual, mas também para a indicação de forças e fraquezas que permitirão planejar intervenções mais eficazes, referenciadas nas dificuldades e nas facilidades apresentadas pelo indivíduo.

REFERÊNCIAS

Adams, G. L. (1999). *Comprehensive Test of Adaptive Behavior – Revised*. Seattle: Education Achievement Systems.

Alves, I. C. B., & Duarte, J. L. (2001). *Escala de Maturidade Mental Columbia – Padronização Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME). (1999). *Standards for educational and psychological testing.* Washington: American Educational Research Association.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (AAIDD). (2010). *Definition of intellectual disability*. Recuperado de http://www.aaidd.org

American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Antônio, D. A. M., Mecca, T. P., & Macedo, E. C. (2012). O uso do teste não-verbal Leiter-R na avaliação de inteligência em distúrbios do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, 12*(2), 9-15.

Bello, K. D., Goharpey, N., Crewther, S. G., & Crewther, D. P. (2008). A puzzle form of a non-verbal intelligence test gives significantly higher performance measures in children with severe intellectual disability. *BMC Pediatrics, 8*(1), 1-8.

Bergeron, R., & Floyd, R. G. (2006). Broad cognitive abilities of children with mental retardation: An analysis of group and individual profiles. *American Journal on Mental Retardation, 111*(6), 417-432.

Boan, C. H., & Harrison, P. L. (1997). Adaptive behavior assessment with individuals with mental retardation. *Assessment of individuals with mental retardation, 21*(4), 33-53.

Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F., & Hill, B. K. (1996). *SIB-R. Scales of independente behavior-revised.* Itasca: Riverside Publishing.

Cronbach, L. J., & Gleser, G. C. (1953). Assessing similarity between profiles. *Psychological Bulletin, 50*, 456–473.

Duarte, C. P. (2009). *Caracterização do perfil cognitivo e avaliação da memória de trabalho na Síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

Flynn, J. R. (2009). *O que é inteligência? Além do Efeito Flynn*. Porto Alegre: Artmed.

Freire, R. C. D. L., Duarte, N. D. S., & Hazin, I. (2012). Fenótipo neuropsicológico de crianças com síndrome de Down. *Psicologia em Revista, 18*(3), 354-372.

Freire, R. C. D. L., & Hazin, I. (2015). Perfil Neuropsicológico e possibilidades de intervenção em sala de aula na Síndrome de Down. In N. M. Dias, & T. P. Mecca (Orgs), *Contribuições da Neuropsicologia e Psicologia para Intervenção no Contexto Educacional* (pp. 273-282). São Paulo: Memnon.

Fu, T. J., Lincoln, A. J., Bellugi, U., & Searcy, Y. M. (2015). The association of intelligence, visual-motor functioning, and personality characteristics with adaptive behavior in individuals

with Williams syndrome. *American journal on intellectual and developmental disabilities, 120*(4), 273-288.

Gottfredson, L. S. (1997). Mainstream science on intelligence: An editorial with 52 signatories, history, and bibliography. *Intelligence, 24*(1), 13-23.

Grondhuis, S. N., & Mulick, J. A. (2013). Comparison of the Leiter International Performance Scale-Revised and the Stanford-Binet Intelligence Scales, in Children with Autism Spectrum Disorders. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *118*, 44-54.

Hamilton, S. (2006). Screening for developmental delay: reliable, easy-to-use tools: win-win solutions for children at risk and busy practitioners. *Journal of Family Practice, 55*(5), 415-423.

Happé, F., & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain, 119*, 1377-1400.

Harris, J. C., & Greenspan, S. (2016). Definition and Nature of Intellectual Disability. In N. N. Singh (Org), *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp.11-40). Augusta, GA: Springer.

Harrison, P., & Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System*. (2nd ed.) (ABAS-II). New York: The Psychological Corporation.

Harrison, P., & Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System.* (3rd ed.). (ABAS-III). Torrance: Western Psychological Services.

Joseph, R. M. (2011). The significance of IQ and differential cognitive abilities for understanding ASD. In D. A. Fein. *The Neuropsychology of Autism*. (pp. 281-294). New York: Oxford University Press.

Keith, T. Z., Fehrmann, P. G., Harrison, P. L., & Pottebaum, S. M. (1987). The relation between adaptive behavior and intelligence: Testing alternative explanations. *Journal of School Psychology, 25*(1), 31-43.

Korenberg, R. J. (1995). Mental Modeling. *Nature Genetics*, *11*, 109-111.

Laros, J. A., Tellegen, P. J., Jesus, G. R., & Karino, C. A. (2015). SON-R 2V2-7[a]. *Manual – Teste não-verbal de inteligência*. São Paulo: Hogrefe.

LaRue, R. H., Manente, C. J., Dashow, E., & Sloman, K. N. (2016). Functional Skills. In N. N. Singh (Ed), *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 229-239). Springer International Publishing.

Luckasson, R., & Schalock, R. L. (2013). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *57*, 657–668.

Luckasson, R., & Schalock, R. L. (2015). Standards to guide the use of clinical judgment in the field of intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, *53*, 240–251.

Macedo, E. C., Mecca, T. P., Valentini, F., Laros, J. A., Lima, R. M. F., & Schwartzman, J. S. (2013). Using the Nonverbal Test SON-R 2½-7[a] to Assess Children with Autism Spectrum Disorders. *Revista Educação Especial*, *26*, 603-618.

Mandy, W., Murin, M., & Skuse, D. (2015). The cognitive profile in autism spectrum disorders. In M. Leboyer., & P. Chaste (Eds), *Autism Spectrum Disorders: Phenotypes, Mechanisms, and Treatments* (pp. 34-45). Basel: Karger.

Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities, 32*(2), 419-436.

Mayes, S. D., & Calhoun, S. L. (2008). WISC-IV and WIAT-II profiles in children with high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders, 38*(3), 428-439.

McGrew, K. S. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence, 37*(1), 1-10.

Mecca, T. P. (2010). *Tradução, adaptação, fidedignidade e evidências de validade da Bateria de Visualização e Raciocínio da Leiter International Performance Scale-Revised.* Dissertação de Mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

Mecca, T. P., Antonio, D. A. M., Seabra, A. G., & Macedo, E. C. D. (2014a). Parâmetros psicométricos da escala internacional de inteligência Leiter-R para crianças pré-escolares. *Avaliação Psicológica, 13*(1), 125-132.

Mecca, T. P., Carvalho, L. F., Simões, M. R., & Macedo, E. C. (2016). Evidências de validade e fidedignidade da Escala Internacional de Inteligência Leiter-R para crianças dos 6 aos 8 anos. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 32*(1), 51-60.

Mecca, T. P., Dias, N. M., Reppold, C. T., Muniz, M., Gomes, C. M. A., Bastos, A. C. M. F., ... & Macedo, E. C.. (2015a). Funcionamento adaptativo: panorama nacional e avaliação com o Adaptive Behavior Assessment System. *Revista Psicologia: Teoria e Prática, 17*(2), 107–122.

Mecca, T. P., Jana, T. A., Simões, M. R., & Macedo, E. C. D. (2015c). Relação entre habilidades cognitivas não-verbais e variáveis presentes no contexto educacional. *Psicologia Escolar e Educacional, 19*(2), 329-339.

Mecca, T. P., Morão, C. P. D. A. B., Silva, P. B. D., & Macedo, E. C. D. (2015b). Nonverbal Cognitive Abilities Profile in Children with Down Syndrome. *Revista Brasileira de Educação Especial, 21*(2), 213-228.

Mecca, T. P., Orsati, F. T., & Macedo, E. C. (2014b). Inteligência e Transtornos do Desenvolvimento. In A. G. Seabra., J. A. Laros., E. C. Macedo, & N. Abreu (Orgs). *Inteligência e Funções Executivas: avanços e desafios para avaliação neuropsicológica.* (pp.112-134). São Paulo: Memnon.

Mecca, T. P., Orsati, F. T., & Macedo, E. C. (2014c). Non-Verbal Cognitive Profile of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Psychology, 5*(11), 1404-1417.

Munson, J., Dawson, G., Sterling, L., Beauchaine, T., Zhou, A., Koehler, E., ... & Abbott, R. (2008). Evidence for latent classes of IQ in young children with autism spectrum disorder. *American Journal on Mental Retardation, 113*(6), 439-452.

Nihira, K., Lambert, N. M., & Leland, H. (1993a). *AAMR Adaptive Behavior Scale – Residential and Community.* (2nd ed). Austin, TX: Pro-Ed.

Nihira, K., Lambert, N. M., & Leland, H. (1993b). *AAMR Adaptive Behavior Scale – School.* (2nd ed). Austin: Pro-Ed.

Oliveras-Rentas, R. E., Kenworthy, L., Roberson III, R. B., Martin, A., & Wallace, G. L. (2012). WISC-IV profile in high-functioning autism spectrum disorders: impaired processing speed is

associated with increased autism communication symptoms and decreased adaptive communication abilities. *Journal of autism and developmental disorders, 42*(5), 655-664.

Partington, J. W., & Mueller, M. M. (2012). AFLS. *The assessment of functional living skills*. Marietta: Stimulus Publications.

Rihtman, T., Tekuzener, E., Parush, S., Tenenbaum, A., Bachrach, S. J., & Ornoy, A. (2010). Are the cognitive functions of children with Down syndrome related to their participation? *Developmental Medicine & Child Neurology, 52*(1), 72– 78.

Roid, G. H., & Miller, L. J. *Leiter International Performance Scale-Revised*. (1997). Wood Dale: Stoelting.

Rueda, F. J. M., Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Santos, A. A. A., & Castro, N. R. (2013). *Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – WISC-IV*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Salvador-Carulla, L., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S. A., & Martinez-Leal, R. (2011). Intellectual developmental disorders: towards 175 a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatric, 10*(3), 175-180.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., … & Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. et al. (2012). *Users guide to intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Schneider, W. J., & McGrew, K. S. (2012). The Cattell-Horn-Carroll Model of Intelligence. In D. P. Flanagan, & P. L. Harrison (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests and issues* (3rd ed., pp. 553-581). New York: The Guilford Press.

Schwartzman, J. S. (2003). *Síndrome de Down*. São Paulo: Memnon.

Siegel, D. J., Minshew, N. J., & Goldstein, G. (1996). Wechsler IQ Profiles in Diagnosis of High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *26*, 389-406.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2008). *Vineland adaptive behavior scales: (Vineland II), the expanded interview form*. Livonia: Pearson Assessments.

Spruill, J., & Harrison, L. P. (2016). Avalição do Retardo Mental/Deficiência Intelectual com o WISC-IV. In A. Prifitera., D. H. Saklosfske., & L. G. Weiss (Orgs), *WISC-IV: Avaliação Clínica e Intervenção* (pp.299-325). São Paulo: Pearson.

Tassé, M. J., Luckasson, R., Schalock, R. L. (2016a). The Relation Between Intellectual Functioning and Adaptive Behavior in the Diagnosis of Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities, 54*(6), 381–390.

Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H. A. Jr., Borthwick-Duffy, S. A. Spreat, S., ... & Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: Its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *117*, 291–303.

Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H. A. Jr., Borthwick-Duffy, S. A. Spreat, S., ... & Zhang, D. (2011). *Diagnostic Adaptive Behavior Scale: User´s Manual*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Tassé, M. J., Schalock, R. L., Thissen, D., Balboni, G., Bersani Jr, H., Borthwick-Duffy, S. A., ... & Navas, P. (2016b). Development and standardization of the Diagnostic Adaptive Behavior Scale: application of item response theory to the assessment of adaptive behavior. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, *121*(2), 79-94.

Walker, W., & Johnson, C. (2006). Mental Retardation: overview and diagnosis. *Pediatrics Review*, 27, 204-212.

Watkins, M. W. (2003). IQ subtest analysis: Clinical acumen or clinical illusion? *Scientific Review of Mental Health Practice*, *2*, 118–141.

Zhou, X., Zhu, J. & Weiss, L. G. (2010). Peeking inside the “black box” of the Flynn effect: Evidence from three Wechsler instruments. *Journal of Psychoeducational Assessment, 28*(5) 399–411.

8

EXPLORANDO A RELAÇÃO ENTRE INTELIGÊNCIA E CRIATIVIDADE

Tatiana de Cassia Nakano

Consideradas habilidades do século XXI (Partnership for 21st Century Skills, 2013), a inteligência e a criatividade vêm sendo reconhecidas, cada vez mais, como competências essenciais para o sucesso pessoal, escolar e laboral, baseando-se na constatação de que o conhecimento total do potencial individual somente poderá ser descoberto quando ambas as habilidades forem estudadas conjuntamente.

Nas concepções mais atuais, a criatividade é definida como um construto multidimensional, presente em todas as pessoas, ao menos enquanto potencial, ocorrendo em diferentes graus e domínios nos indivíduos (Robinson, Shore, & Enersen, 2007). É originada a partir da interação de diversos fatores, tais como processos cognitivos, traços de personalidade e contexto ambiental (Eysenck, 1999; Lubart, 2007; Wechsler, 2008), e considerada uma característica que emerge, espontaneamente, desde que não seja inibida ou bloqueada. As abordagens atuais desse construto o definem considerando quatro categorias de investigação:

1. processo criativo (descrição de como ocorre a criatividade, em termos qualitativos e quantitativos, tomando etapas e processos, sobretudo cognitivos);
2. produto criativo (especificação das características do produto criativo, por quem e como este deve ser avaliado);
3. ambiente criativo (situações externas ao indivíduo que, de algum modo, promovem ou inibem a manifestação criativa);
4. pessoa criativa (características pessoais observáveis ou subjacentes no sujeito) (David, Nakano, Morais, & Primi, 2011).

A inteligência, por sua vez, após diversos modelos que visaram à identificação de sua estrutura e definição das capacidades cognitivas envolvidas no construto, chegou a um modelo taxonômico abrangente, considerado, pelos pesquisadores da área, como uma das mais completas descrições de inteligência disponíveis, tendo sido adotado como nomenclatura padrão entre profissionais e pesquisadores no entendimento do construto (Primi & Nakano, 2015). Tal modelo foi nomeado de Teoria Cattell-Horn-Carroll de inteligência, ou simplesmente CHC, e consiste em uma visão hierárquica multidimensional das habilidades cognitivas, formada por três níveis (McGrew, 2009; Schneider & McGrew, 2012).

O primeiro nível seria composto pelo fator *g*, de modo a representar a existência de uma associação geral entre todas as habilidades cognitivas, seguido por um segundo nível, composto por 10 fatores ligados a áreas amplas do funcionamento cognitivo (inteligência fluida, memória, armazenamento e recuperação da memória de longo prazo, velocidade de processamento, rapidez de decisão), conteúdo relacionado ao processamento cognitivo (processamento visual, auditivo e motor) e domínios de conhecimento (conhecimento quantitativo, inteligência cristalizada, leitura e escrita e conhecimento específico). Em uma camada abaixo desse nível, existem aproximadamente 70 fatores específicos relacionados a cada um dos 10 fatores amplos. Nesse modelo, o movimento do nível mais alto da hierarquia (fator *g*) ao nível mais baixo (fatores específicos) indica o progressivo aumento da especialização das habilidades cognitivas (Primi & Nakano, 2015). Mais informações sobre o modelo, bem como sobre a sua estrutura, podem ser encontradas nos demais capítulos deste livro.

Em comum, os construtos apresentam o fato de terem sido foco de um grande número de definições e de modelos teóricos ao longo de sua investigação, tendo alcançado, somente mais recentemente, consenso sobre seus elementos constituintes. Dada a importância de ambos os processos cognitivos, a relação entre os construtos tem sido foco de interesse de um número importante de teorias e pesquisas, a partir do início do século XX (Albert & Runco, 1999), cujo ápice se dá nas décadas de 1960 e 1970. Nessa época, estudos correlacionais começaram a surgir na literatura científica, embora acabassem por restringir o conceito de inteligência ao Quociente de Inteligência (QI) e a criatividade às avaliações externas subjetivas (Morais, 2001). Desde então, a revisão dos modelos teóricos, tanto da inteligência quanto da criatividade, a ampliação dos instrumentos, bem como o surgimento de procedimentos metodológicos mais atuais têm proporcionado alterações nos valores das correlações apontadas nas pesquisas. Consequentemente, as variações nos resultados acabaram por tornar essa relação uma fonte de muitas controvérsias.

Convém destacar que, mesmo após um grande número de pesquisas desenvolvidas, faz-se notar que o consenso sobre a relação entre os construtos ainda não foi atingido, ainda que a maior parte dos estudos tenha sugerido a existência de, pelo menos, alguma relação entre inteligência e criatividade (Kim, 2005). Entretanto, as investigações ainda seguem questionando a existência dessa relação e o nível de associação, além de sua estabilidade no tempo e possibilidade de generalização para populações distintas (Elisondo & Donolo, 2010). Consequentemente, apesar de amplamente debatida e estudada, a relação entre os dois construtos ainda é um tema que tem se mostrado longe de alcançar um consenso no domínio da Psicologia e dos processos cognitivos (Pereira, 2001). Nesse sentido, “as tonalidades de complexidade, diversidade e controvérsia continuam a acompanhar os trabalhos de investigação e a discussão de resultados na temática estudada” (Morais, 2001, p.147).

A revisão dos estudos realizados, ao longo das últimas décadas, mostra que pesquisadores

dessas áreas apresentaram uma série de conclusões sobre a relação entre inteligência e criatividade, com base em diferentes tipos de evidências. Perante a verificação de que vários desses achados tenham se mostrado contraditórios (Plucker & Esping, 2015), uma tentativa de agrupar os resultados geralmente encontrados nas pesquisas foi realizada por Sternberg e O'Hara (2000), cuja síntese apontou a existência de cinco possíveis relações: (1) criatividade como um elemento da inteligência, (2) inteligência como um elemento da criatividade, (3) criatividade e inteligência como construtos relacionados, (4) criatividade e inteligência considerados construtos coincidentes e (5) criatividade e inteligência como construtos distintos. Desse modo, os principais focos de debate envolvem a definição em relação a se tais construtos seriam habilidades sinônimas, diferenciadas ou sobrepostas (Wechsler, Nunes, Schelini, Ferreira, & Pereira, 2010).

Diante das questões que ainda permeiam a investigação da relação entre inteligência e criatividade, o texto foi organizado de modo a contemplar a diversidade de resultados que vêm sendo relatados na literatura científica. Assim, três vertentes teóricas, explicativas dessa relação, serão abordadas no texto: (1) criatividade e inteligência como construtos relacionados (envolvendo, separadamente, a concepção da criatividade como elemento da inteligência e a concepção da inteligência como elemento da criatividade), (2) criatividade e inteligência como construtos independentes e (3) relação a partir de um certo nível (*threshold theory*, ou teoria do limiar). Posteriormente, a magnitude dessa relação será enfocada (considerando os métodos tradicionais e os métodos mais avançados de análise de dados), bem como a existência de oscilação na relação devido ao conteúdo avaliado.

RELAÇÃO ENTRE CRIATIVIDADE E INTELIGÊNCIA COMO HABILIDADES DISTINTAS, MAS RELACIONADAS

A primeira vertente compreende os construtos como distintos, mas relacionados, de modo a afirmar a existência de uma relação entre criatividade e inteligência (Getzels & Jackson, 1962; Kneller, 1971; Nogueira & Pereira, 2008; Preckel, Holling, & Wiese, 2006; Sternberg, 2000, 2001). O resultado de uma série de estudos encontrados na literatura científica ampara a hipótese defendida por essa vertente (Batey, Furnham, & Saffiulina, 2010; Elisondo & Donolo, 2010; Lundsteen, 1966; Preckel et al., 2006; Rindermann & Neubauer, 2004; Runko & Mraz, 1992; Sternberg, 2006).

No entanto, a questão maior que envolve essa vertente ampara-se na dificuldade em determinar uma relação de causa e efeito nessa relação, visto que duas possíveis hipóteses podem ser elaboradas a partir da constatação da relação entre inteligência e criatividade: seria a criatividade um elemento da inteligência ou seria a inteligência um elemento da criatividade? (Sternberg & O'Hara, 2000) Partindo-se da primeira premissa, uma série de modelos teóricos foi desenvolvida, na qual a criatividade seria considerada um fator de segunda ordem da inteligência.

Como pode ser visto no Quadro 8.1, a concepção da criatividade como um elemento secundário da inteligência foi priorizada em uma série de modelos teóricos. Em contraste, outros modelos teóricos, em menor número, levantaram a hipótese de que a inteligência seria um dos subcomponentes da criatividade, ainda que tal crença não seja a dominante no âmbito científico. Os modelos que tomam essa premissa como base são apresentados no Quadro 8.2.

QUADRO 8.1
Modelos teóricos que definem a criatividade como um elemento da inteligência

Autor	Modelo teórico	Definição
Spearman	Fator g	A criatividade é definida como um componente secundário (fator específico) da inteligência.
Thrustone	Thurstone's multiple factor model	A criatividade seriam fatores independentes (habilidades primárias) que dão origem à inteligência.
Guilford	Structure of intellect	A criatividade é definida como uma das cinco operações cognitivas e intitulada como pensamento divergente (resolução de problemas envolvendo a produção de várias soluções possíveis).
Gardner	Multiple Intelligence Theory	A inteligência seria formada por oito inteligências distintas, sendo a criatividade o mais alto nível de aplicação dessas inteligências.
Horn e Cattell	Gf-Gc	A criatividade seria representada pelas habilidades cognitivas de fluência ideacional, fluência associativa, flexibilidade, flexibilidade de fechamento e flexibilidade escrita.
Cattell-Horn-Carroll	Modelo CHC de inteligência (Three-Stratum Theory)	A criatividade é definida como um componente de armazenamento e recuperação de informações dentro da memória de longo prazo (Glr), representada pelas habilidades de originalidade, fluência e flexibilidade.
Kaufman	Dual-process theory of intelligence	A inteligência seria composta por dois fatores: cognição controlada e cognição espontânea. A criatividade resultaria da combinação de ambas as habilidades.
Jager	Berlin model of intelligence structure	A inteligência seria composta por um modelo hierárquico no qual a criatividade estaria localizada em um segundo nível, dos processos cognitivos denominados

		operações (junto com raciocínio, velocidade perceptual e memória), cada qual expresso sob a forma de três conteúdos (figural, verbal e numérico).

QUADRO 8.2
Inteligência como um elemento da criatividade

Autor	Modelo teórico	Definição
Sternberg e Lubart	Investment theory of creativity	A criatividade seria formada pela junção de seis elementos: inteligência, conhecimento, estilos de pensamento, personalidade, motivação e ambiente.
Amabile	Componential theory of creativity	Sugere que três variáveis são necessárias para o comportamento criativo: competências para o domínio (conhecimento, habilidade, talento, representando a inteligência), traços de personalidade (tais como tolerância à ambiguidade e disposição para correr riscos) e motivação para tarefas (interna ou externa).

Independentemente da relação estabelecida (criatividade como elemento da inteligência ou vice-versa), nessa vertente, verifica-se que inteligência e criatividade são visualizadas como construtos distintos, mas complementares. Conjuntamente, tais habilidades propiciariam o aparecimento da criatividade, sendo a inteligência uma condição essencial para a ocorrência da criatividade. De acordo com os pesquisadores que defendem essa linha, pessoas criativas não somente gerariam um grande número de ideias, mas também analisariam essas ideias e discriminariam, de forma inteligente, entre a melhor e a pior delas (Sternberg, 2001). A crítica a esse modelo se embasa no argumento de que a criatividade ficaria restrita à capacidade de reconhecer a novidade de ideias que a inteligência já produziu (Nakano, 2014).

INTELIGÊNCIA E CRIATIVIDADE COMO CONSTRUTOS DIFERENTES E INDEPENDENTES

Essa segunda vertente trabalha com a hipótese de que a criatividade e a inteligência seriam construtos separados do ponto de vista conceitual (Colom, 2008; Kim, Cramond, & Badalos, 2006; Sternberg, 1984), amparando-se na ideia de que tais habilidades se constituem como aspectos essenciais, porém distintos, do funcionamento cognitivo. Diferentemente do entendimento proposto pela primeira vertente apresentada, a inteligência por si só não seria vista como único fator para a determinação do talento criativo (Sternberg & O'Hara, 2000), visto que uma pessoa com alta inteligência poderia, ou não, ser muito criativa, de forma a se afirmar que os dois construtos podem ser separados da perspectiva conceitual (Kim et al., 2006; Sternberg, 1984), podendo, inclusive, servirem como preditores concorrentes para a realização escolar (Rindermann & Neubauer, 2004).

Como forma de embasar esse argumento, pesquisadores apontam resultados de investigações que revelaram a existência de criatividade elevada em sujeitos cujo QI era inferior a 70 e de investigações realizadas com crianças de QI elevado associado a um excelente rendimento escolar, mas cujo desempenho criativo é mediano (Boden, 1999; Nogueira & Pereira, 2008). Nessa vertente, seis modelos teóricos foram encontrados (Quadro 8.3).

QUADRO 8.3
Inteligência e criatividade como habilidades distintas

Autor	Modelo teórico	Definição
Eysenck	Teoria das Inteligências (biológica, genética, psicométrica, tarefas cognitivas elementares e social)	A inteligência estaria relacionada à velocidade na formação de associações necessárias à resolução de um problema, enquanto a criatividade estaria relacionada à amplitude e à diversidade dessas associações. A criatividade seria resultado da combinação de uma série de elementos genéticos, bioquímicos, dimensões temperamentais e atributos cognitivos.
Renzulli	Three-Ring model of giftedness	Comportamentos associados às altas habilidades/superdotação seriam expressos pela combinação de três elementos: habilidade acima da média, criatividade e envolvimento com a tarefa. A inteligência representaria uma das possíveis habilidades acima da média.
Gagné	Differentiated Model of Giftedness and Talent	Inteligência e criatividade são consideradas habilidades diferenciadas, sendo, junto com as dimensões sensorial e socioafetiva, efetivas para a emergência do talento e de altas habilidades/superdotação.
Heller	The Munich Model of Giftedness	Inteligência e criatividade são consideradas, cada uma separadamente, dimensões das altas habilidades/superdotação (junto com competência social, habilidade artística e habilidade psicomotora).
Das, Kirby e Jarman Reelaborada por Das, Kar e Parrila	PASS theory of Intelligence (Planning, Attention-Arousal, Simultaneous and Successive theory)	Entende a criatividade e a inteligência como habilidades relacionadas, mas distintas. A inteligência seria representada, principalmente, pelas funções executivas (definição de metas, antecipação de consequências e *feedback*) e a criatividade seria a interação entre aptidão, processo e ambiente, na produção de algo útil e novo.

A revisão de literatura apresenta uma série de estudos que sustentam a hipótese de distinção entre os construtos de inteligência e criatividade, a qual relata três diferentes resultados: 1)

existência de pessoas com criatividade elevada e baixo QI ou o inverso (Boden, 1999; Nogueira & Pereira, 2008); 2) baixa ou ausente correlação encontrada entre as medidas desses construtos (Aguirre & Conners, 2010; Edwards & Tyler, 1965; Russo, 2004; Şahin, 2015; Wechsler & Richmond, 1984); e 3) a ideia de que certos tipos de inteligência relacionam-se de forma mais direta a alguns aspectos da criatividade, mas não a outros (Benedek, Franz, Heene, & Neubauer, 2012; Nusbaum & Silvia, 2011), situação que será apresentada posteriormente, em um tópico voltado à variação da relação dependendo do conteúdo abordado.

Tomando-se o argumento de baixa ou ausente correlação entre as medidas de inteligência e criatividade, uma série de estudos relatou resultados dessa natureza, propondo que os construtos não são relacionados, mas, sim, independentes. Alguns exemplos são apresentados no Quadro 8.4.

QUADRO 8.4
Estudos que apresentaram ausência de correlações significativas entre os construtos

Autores	Escalas	
Aguirre e Conners (2010)	Inteligência	Stanford-Binet V Abbreviated
	Criatividade	Thinking Creatively in Action and Movement Multidimensional Stimulus Fluency Measure
Russo (2004)	Inteligência	The Test of Cognitive Skills – 2 (verbal, nonverbal and memory abilities)
	Criatividade	Torrance verbal (4 tasks) and figural tests (4 tasks) Future Problem Tasks
Wechsler e Richmond (1984)	Inteligência	Desenho da Figura Humana
	Criatividade	Pensando Criativamente com Figuras de Torrance
Pereira (2001)	Inteligência	Matrizes Coloridas de Raven Inventário de Sinalização da Criança Excepcionalmente Dotada
	Criatividade	Pensando Criativamente com Figuras de Torrance
Furnham (2016)	Inteligência	Graduate and Managerial Assessment; Abstract (GMA: A)
	Criatividade	Consequences Test
Gonçalves e Fleith (2011)	Inteligência	Raven
	Criatividade	Testes de Torrance (verbal e figural)

RELAÇÃO ENTRE INTELIGÊNCIA E CRIATIVIDADE EXISTENTE A PARTIR DE UM CERTO NÍVEL (*THRESHOLD THEORY*)

A terceira vertente, por sua vez, tem se mostrado a mais proeminente na investigação da relação entre inteligência e criatividade, ao propor que a correlação entre os construtos não seria linear, mas dependente do nível de QI (Mouchiroud & Lubart, 2002). Para os autores dessa corrente de pensamento, a força da relação entre os construtos muda dependendo do nível de QI, chamando de “limiar” o nível em que ela ocorre, que costuma ser em torno de um valor de 120 (Zenasni, Mourgues, Nelson, Muter, & Myszkowski, 2016). Uma correlação positiva e significativa ocorreria até esse nível de QI e, acima de tal valor, tal correlação não seria mais observada (Eysenck, 1999; Lubart, 2007; Shaffer, 2005).

Em geral, pesquisadores têm utilizado o valor limiar de 120 pontos de QI tomando-o como arbitrário. Dependendo da regra aplicada para confirmar o *threshold hypothesis* (TH), os resultados podem ser completamente diferentes. Nesse sentido, Karwowski e colaboradores (2016) afirmam a existência de três regras de decisão, comumente utilizadas para confirmar a hipótese do *threshold*:

- **Regra 1:** quando acontece uma correlação significativa e positiva entre QI e criatividade abaixo do limiar estabelecido e uma correlação não significativa acima do limiar.
- **Regra 2:** mais conservadora, confirma a TH quando uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre QI e criatividade ocorre abaixo do limiar e uma correlação não significativa acima do limiar, havendo, concomitantemente, o pressuposto de que ambos os coeficientes diferem um do outro.
- **Regra 3:** confirma a TH quando a relação entre criatividade e inteligência no grupo abaixo do limiar é estatisticamente significativa e significativamente mais forte do que acima do limiar, de modo a testar se essa correlação acima do limiar enfraquece.

Segundo os autores, embora possam levar a conclusões completamente diferentes, essas três regras são pouco aplicadas em conjunto. A regra 1, que é estatisticamente mais fraca, vem sendo aplicada com mais frequência nos estudos.

A teoria do limiar tem sido foco de uma série de estudos, com resultados bastante diversificados, alguns apoiando sua existência enquanto outros a negam (Preckel et al., 2006; Şahin, 2015). Na análise de 21 estudos, Kim (2005) relatou que os resultados empíricos provenientes de mais de 45 mil participantes não evidenciam a *threshold theory*, quando tomadas medidas de inteligência geral comparadas com medidas de criatividade e de pensamento divergente. Resultados inversos também foram relatados por Sligh, Conners e Roskos-Ewoldsen (2005), visto que maior correlação entre inteligência e criatividade foi encontrada no grupo com maior nível de inteligência.

Uma série de estudos encontrados na literatura científica apresenta evidências da existência de múltiplos limiares, dependendo da forma como a criatividade é definida (enquanto potencial ou realização) ou ainda do tipo de medida utilizada (geral ou características criativas específicas) (Jauk, Benedeck, Dunst, & Neubauer, 2013; Kim, 2005; Preckel et al., 2006). Se consideradas as características criativas isoladamente, os valores do limiar apresentam grande variação. Alguns exemplos podem ser visualizados na Tabela 8.1.

TABELA 8.1
Valores dos limiares encontrados para a relação entre criatividade e inteligência de acordo com a hipótese da *threshold theory*

Estudo	Medida	Valor do limiar (QI)
Silvia e colaboradores (2008)	Fluência Elaboração Originalidade	86 104 120
Mourgues e colaboradores (2015)	Flexibilidade	106
Jauk e colaboradores (2013)	Fluência Originalidade ideacional Originalidade média	86,09 104 119,60

Os dados indicam que, dependendo da medida criativa considerada, o valor do limiar da relação entre criatividade e inteligência se altera substancialmente, podendo variar, nos exemplos citados, entre um QI de 86 e um QI de 120, próximo ao valor em geral considerado pelos pesquisadores. Assim, os dados empíricos apontam para a existência de diferentes limiares nessa relação. Tal fato é tomado como base para as críticas a essa vertente, as quais são amparadas na constatação de que poucas explicações para esse fato são encontradas na literatura e de que são desconsideradas, na maior parte das vezes, diferentes medidas de criatividade e amostras, bem como o contexto desenvolvimental e o contexto avaliativo (Batey & Furnham, 2006), salientando a dificuldade na condução de replicações dos resultados.

A MAGNITUDE DA RELAÇÃO

Considerando-se que a maior parte das pesquisas que têm como objetivo investigar a relação entre criatividade e inteligência usam, tradicionalmente, métodos correlacionais, Morais (2001) mostrou que o valor médio da correlação entre os construtos, encontrado a partir de revisões de literatura, tem se mostrado positivo, mas não elevado. No entanto, o que se tem visto é que o surgimento de modelos teóricos mais amplos tem provocado alterações na magnitude dessa relação. De acordo com Batey e Furnham (2006), nas décadas de 1960 e 1970, o valor médio estimado era em torno de 0,10. Com o surgimento do modelo de Guilford, passou a ser em torno de 0,20 e, mais recentemente, o uso de baterias de criatividade tem indicado correlações variando entre 0,20 e 0,40. Desde então, resultados de pesquisas empíricas têm sugerido a existência de, pelo menos, alguma relação entre os construtos. Alguns resultados de pesquisas, obtidos por meio da estimativa da correlação entre os construtos, são sintetizados na Tabela 8.2.

TABELA 8.2
Estudos com valores baixos e moderados de correlação entre inteligência e criatividade

Estudo	Construto	Medida utilizada	Valor da correlação
Rindermann e Neubauer (2004)	Inteligência	Raven; Kognitiver Fahigkeits-Test	0,14
	Criatividade	Verbaler Kreativitats-Test; Verwendungs-Test	
Elisondo e Donolo (2010)	Inteligência	Teste Elemental de Inteligência; Matrizes Progressivas de Raven	0,16 (estudantes de ensino médio) 0,14 (estudantes do ensino superior)
	Criatividade	Prova CREA	
Edwards e Tyler (1965)	Inteligência	School and College Achievement Test (SCAT); Sequential Tests of Educational Progress (STEP)	0,08
	Criatividade	Torrance Battery (2 subtests)	
Nakano e Brito (2013)	Inteligência	Bateria de Provas de Raciocínio Infantil	0,22
	Criatividade	Teste de Criatividade Figural Infantil	
Gojda (2016)	Inteligência	Raven’s Matrix Test	0,24
	Criatividade	Test of Creative Thinking —Drawing Production	
Krumm, Filippetti, & Bustos (2014) – estudo 1	Inteligência	Matrizes Coloridas Progressivas de Raven	0,37
	Criatividade	Pensando Criativamente com Figuras de Torrance	
Batey e colaboradores (2010)	Inteligência	Raven’s Advanced Progressive Matrices; General Knowledge Questionnaire	0,29
	Criatividade	Divergent Thinking Fluency; Rated Creativity;	

		Biographical Inventory of Creative Behaviours; Self-rating of creativity	
Runko e Mraz (1992)	Inteligência	2 Uses tests (shoe and tire)	0,58
	Criatividade	2 Instances tests (strong things and things on wheels)	
Nakano (2012)	Inteligência	Desenho da Figura Humana	0,47
	Criatividade	Teste de Criatividade Figural Infantil	

Dependendo do instrumento utilizado, tanto para a avaliação da inteligência quanto da criatividade, uma série de estudos encontrados na literatura científica nacional e internacional relatou correlações baixas entre os construtos, oscilando, nas pesquisas citadas, entre 0,08 e 0,37. É importante destacar que esses estudos fizeram uso da pontuação total nos testes de inteligência e criatividade. Outros estudos, também considerando somente pontuações totais nas medidas utilizadas, encontraram valores moderados de correlação, oscilando entre 0,47 e 0,58.

OSCILAÇÃO DE RELAÇÃO DEPENDENDO DO CONTEÚDO AVALIADO

Outro foco das pesquisas tem trabalhado com a hipótese de que tanto a inteligência quanto a criatividade, enquanto construtos complexos e multidimensionais, não poderiam ter sua relação estimada corretamente se tomados como um domínio geral, passível de ser avaliado por meio de um único instrumento ou de uma medida geral das tarefas nele envolvidas (Kim, 2011). Isso porque, ao desconsiderar a existência de uma série de domínios específicos em ambos os construtos, os quais podem capturar diferentes facetas do fenômeno estudado, os resultados poderiam originar uma compreensão errônea acerca da relação entre eles.

Nesse sentido, Silvia (2011) afirma que a maior parte dos instrumentos de criatividade em geral é composta por diversos tipos de tarefas, cujas notas são posteriormente combinadas por meio de sua soma ou média simples. Desconsidera-se assim os diferentes processos criativos envolvidos em cada tipo de tarefa e diferentes características avaliadas, de modo a afirmar sua equivalência e ignorar a possibilidade de que cada uma capture diferentes facetas da criatividade, assim como conhecimentos, estratégias e habilidades diferenciadas. O mesmo tipo de reflexão pode ser ampliado para o estudo da inteligência, quando tomada como pontuação total, independentemente dos fatores envolvidos nas tarefas utilizadas. Outra hipótese, de que a relação entre os construtos depende de outras variáveis como série ou gênero, também é levantada (Welter, Jaarsveld, Leeuwen, & Lachmann, 2016), sendo consistentemente mais alta nas mulheres (Torrance, 1967) e nos estudantes de maior nível escolar (Kim, 2005). Entretanto, não é estabelecido, nesse último caso, se tal variação se dá em função do tempo gasto na educação ou de efeitos desenvolvimentais.

Assim, uma série de estudos voltados a esse aspecto da relação entre os construtos foi conduzida e confirmou a oscilação de valores de correlação em função do conteúdo avaliado nas medidas de inteligência e criatividade. Alguns desses estudos são resumidos na Tabela 8.3, como exemplos ilustrativos da amplitude de variação encontrada.

TABELA 8.3
Estudos com oscilação de valores de correlação entre inteligência e criatividade, em função do conteúdo avaliado

Estudo	Construto	Medida utilizada	Valor da correlação
Preckel e colaboradores (2006)	Inteligência	Culture Fair Intelligence Test (CFT-20) Berlin Structure-of-Intelligence-test (BIS-HB) em tarefas de velocidade de processamento	0,54 em inteligência e criatividade geral 0,51 em inteligência e criatividade verbal 0,36 em inteligência e criatividade figural 0,38 em inteligência e criatividade numérica
	Criatividade	Berlin Structure-of-Intelligence-test (BIS-HB) e suas pontuações em fluência e flexibilidade nos domínios verbal, figural e numérico	
Krumm, Filippetti e Bustos (2014) – estudo 2	Inteligência	Teste Breve de Inteligência de Kaufman (K-BIT)	0,28 Gc com criatividade total 0,21 Gf com criatividade total 0,23 entre os totais de criatividade e inteligência
	Criatividade	Pensando Criativamente com Palavras de Torrance	
Oliveira, Primi, Almeida e Nakano (2011)	Inteligência	Bateria de Provas de Raciocínio	0,52 criatividade verbal e total da BPR -0,22 criatividade figurativa e raciocínio
	Criatividade	Testes de Torrance (verbal e figurativo)	

Jauk e colaboradores (2013)	Inteligência	Intelligence Structure Battery, potencial criativo por meio de tarefas de uso alternativo	0,22 em inteligência com fluência 0,36 em inteligência com Top 2 Originalidade 0,35 em inteligência com originalidade 0,28 em inteligência com realização criativa
	Criatividade	Inventory of Creative Activities and Achievements para realização criativa	
Benedek, Jauk, Sommer, Arendasy e Neubauer (2014)	Inteligência	Subtestes de raciocínio indutivo numérico e raciocínio dedutivo verbal da Intelligence Structure Battery (INSBAT)	0,34 entre Gf e criatividade
	Criatividade	Quatro tarefas de pensamento divergente	
Benedek e colaboradores (2012)	Inteligência	Berlin-Intelligence-Structure test (subteste verbal, figural e numérico)	0,05 total de inteligência com fluência 0,15 total de inteligência com flexibilidade 0,31 total de inteligência com originalidade 0,10 total de inteligência com realização criativa 0,21 total de inteligência com total de pensamento divergente
	Criatividade	Berlin-Intelligence-Structure test (cinco subtestes de pensamento divergente) para medida do potencial criativo Runco Ideational Behavior Scale para medida de realização criativa	
Wechsler e colaboradores (2010)	Inteligência	Bateria Woodcock-Johnson III	-0,22 entre inteligência e componentes cognitivos da criatividade figural 0,20 entre inteligência e a soma dos componentes cognitivos e emocionais ausência de correlação significativa entre inteligência e criatividade verbal
	Criatividade	Testes de Pensamento Criativo de Torrance (figural e verbal)	
Barros, Primi, Miguel, Almeida e Oliveira (2010)	Inteligência	Bateria de Provas e Raciocínio 5 (subtestes abstrato e verbal)	0,31 entre a medida de criatividade e raciocínio abstrato 0,48 entre a medida de criatividade e raciocínio verbal
	Criatividade	Teste de Produção de Metáforas	
Kandler, Rieman, Angleitner, Spinath, Borkenau e Penke (2016)	Inteligência	LPS-K (short form of Leistungsprüfsystem) Raven's Advanced Progressive Matrices Brainteasers	0,14 entre LPS não verbal e *self report* de criatividade 0,13 entre LPS não verbal e *peer report* 0,23 entre LPS não verbal e *vídeo-based rating* 0,32 entre LPS verbal e *video-based rating* 0,23 entre LPS verbal e Elaboração do T-88 0,21 entre LPS verbal e Originalidade do T-88 0,17 entre Raven e *video-*
	Criatividade	Self report – Escala de autoavaliação de adjetivos criativos Peer report – Escala de avaliação por pares de adjetivos criativos Video-based observer rating Objektive Testbatterie - T-88 figural test	

			based rating -0,27 entre Raven e Elaboração do T-88 0,22 entre *Brainteasers* e Elaboração do T-88 0,10 entre *Brainteasers* e Originalidade do T-88
Lee, Huggins e Therriault (2014)	Inteligência	Remote Associates Test (RAT); Raven's Advanced Progressive Matrices (RAPM); Wechsler's Adult Intelligence Scale Revised (WAIS-R)	0,09 entre RAT e ATTA verbal 0,11 entre RAT e ATTA figural 0,19 entre WAIS e Usos incomuns (Guilford) 0,25 entre WAIS e ATTA verbal 0,21 entre WAIS e ATTA figural
	Criatividade	Guilford's Unusual Uses Test; The Abbreviated Torrance Test for Adults (figural and verbal) (ATTA)	

A diversidade de resultados confirma a visão de Preckel e colaboradores (2006), segundo os quais, dependendo de como os construtos são medidos, do instrumento utilizado, da teoria que os embasa, das diferenças metodológicas e da amostra estudada (que varia em função da idade, da habilidade e do nível educacional), os resultados têm apresentado amplas variações. A partir dos estudos ilustrativos selecionados, foi possível verificar que os resultados que visaram à relação entre inteligência e criatividade apontam que os construtos se mostram, de alguma forma, relacionados. Tomando-se medidas gerais de inteligência e de criatividade, os valores oscilaram entre 0,20 (Wechsler et al., 2010) e 0,54 (Preckel et al., 2006). No entanto, quando a inteligência é considerada em seus fatores, os valores se alteram de forma importante (com correlações entre 0,21 e 0,34 para a relação da criatividade com a inteligência fluida; e de 0,28 com a inteligência cristalizada). A mesma situação ocorre quando habilidades específicas são avaliadas (raciocínio abstrato com criatividade: r = 0,31, e raciocínio verbal com criatividade: r = 0,48). Tais dados concordam, parcialmente, com a literatura científica, segundo a qual o valor da correlação com criatividade depende de qual faceta da inteligência é avaliada, dentro do modelo CHC, tendo sido mais comum a observação de valores significativos e altos com inteligência fluida (Gf) e capacidade de recuperação (Gr), mas baixas com inteligência cristalizada (Gc) (Beaty & Silvia, 2012; Silvia & Beaty, 2012; Silvia, Beaty, & Nusbaum, 2013).

Quando a criatividade, por sua vez, é tomada enquanto fatores diferenciados, as correlações encontradas para criatividade verbal e inteligência variaram entre 0,09 e 0,52. Já para criatividade figural e inteligência variaram entre -0,22 e 0,21. Situação similar é encontrada em relação às habilidades específicas criativas: correlações entre 0,05 e 0,22 entre inteligência e fluência, de 0,15 com flexibilidade, entre -0,27 e 0,22 para elaboração e entre 0,10 e 0,35 para originalidade. Um exemplo bem completo desse tipo de variação foi conduzido por Karwowski e colaboradores (2016) para testar a hipótese de que o tipo de medida de inteligência e criatividade adotado influencia os resultados da relação entre os construtos. Os autores examinaram o tamanho do efeito dessa relação fazendo uso de diferentes instrumentos (tarefas de pensamento divergente, testes complexos de criatividade e observação de comportamento criativo). Para os primeiros, dependendo da tarefa, o tamanho do efeito variou entre 0,22 e 0,29 para a característica de fluência e entre 0,13 e 0,17 para originalidade. Para as tarefas complexas, variou entre 0,20 e 0,24 e, para a observação de comportamentos, entre 0,22 e 0,23. Assim,

considerando o conjunto, pode-se ver que a amplitude de variação é bastante grande (0,13 a 0,24).

As críticas a estudos correlacionais amparam-se nos argumentos de que esse tipo de análise tem se mostrado um método inapropriado para testar os padrões de relação entre os dois construtos. Nesse sentido, os pesquisadores têm recomendado, mais recentemente, métodos mais complexos e sofisticados de análise (Oliveira et al., 2011; Nusbaum & Silvia, 2011; Silvia, 2008), utilizando, em suas pesquisas, a análise de regressão/modelagem de equações estruturais, análise fatorial confirmatória e *necessary condition analysis*. Tais estudos têm, como objetivo, questionar a magnitude da relação entre inteligência e criatividade, por meio de novos dados ou reanálise de dados provenientes de pesquisas importantes na temática. Alguns exemplos ilustrativos desses estudos são apresentados no Quadro 8.4.

QUADRO 8.4
Valores encontrados entre inteligência e criatividade por meio de métodos mais atuais de análise

Estudo	Método utilizado	Objetivo	Resultado
Batey e colaboradores (2010)	Análise de regressão	Examinar a contribuição de Gf e Gc na predição de três índices de criatividade	Escores criativos conseguiram predizer significativamente Gf (r = 0,29) mas não Gc (r = 0,10).
Batey, Chamorro-Premuzic e Furnham (2009)	Análise de regressão	Examinar a contribuição de Gf e QI na predição de pensamento divergente	Fluência mostrou-se significativa e positivamente relacionada a duas medidas de inteligência (Gf = 0,34 e QI = 0,43).
Lee e Therriault (2013)	Análise fatorial confirmatória	Examinar a relação entre inteligência, memória de trabalho e três processos criativos (fluência associativa, pensamento divergente e pensamento convergente)	Inteligência mostrou-se um forte preditor de fluência associativa (*B* = 0,82) e o oposto também foi confirmado (*B* = 0,92).
Jauk, Benedek e Neubauer (2014)	Análise de regressão múltipla latente por meio da modelagem de equações estruturais	Testar o efeito do potencial criativo, da inteligência e da abertura à experiência sobre atividades criativas cotidianas e realização criativa real	Para a realização criativa na vida real, a inteligência mostrou-se preditora (*B* = 0,32). Para as atividades criativas, a inteligência não se mostrou um preditor. Um modelo de inteligência como moderador apontou uma interação significativa entre inteligência e atividades criativas na realização criativa (*B* = 0,28).
Silvia (2008)	Modelagem de equações estruturais	Mostrar se a inteligência prevê a criatividade	Fator de inteligência de primeira ordem com efeito médio-grande na criatividade (0,43).
Krumm, Filippetti e Bustos (2014) – estudo 1	Regressão simples	Investigar a variável inteligência como preditora na pontuação total em criatividade e em suas medidas específicas	Inteligência mostrou-se preditora de: fluência (*B* = 0,232); originalidade (*B* = 0,225); resistência ao fechamento prematuro (*B* = 0,122); abstração de títulos (*B* = 0,208); criatividade total (*B* = 0,139).
Krumm, Filippetti e	Regressão múltipla	Investigar a variável inteligência (e suas medidas de Gc e Gf) como preditora na	Gc como preditora de fluência, flexibilidade, originalidade e

Bustos (2014) – estudo 2		pontuação total em criatividade verbal e em suas medidas específicas	criatividade (*B* = 0,28).
Benedek, Jauck, Soomer, Arendasy e Neubauer (2014)	Equações estruturais	Examinar a contribuição da capacidade associativa e das medidas de habilidade cognitiva (Gf) na capacidade cognitiva criativa (pensamento divergente)	Efeitos da capacidade ampla de recuperação e inteligência fluida sobre a quantidade e a qualidade de respostas divergentes.
Preckel e colaboradores (2006)	Equações estruturais	Testar a hipótese do *threshold* para os domínios verbal, figural e numérico	Sem controle da velocidade de processamento, a criatividade no grupo com QI menor do que 120 foi de r = 0,50 e de 0,51 no grupo com QI maior do que 120. Ao controlar a velocidade de processamento, cai para r = -0,05 para o primeiro grupo e para r = 0,17 para o segundo.
Nusbaum e Silvia (2011) – estudo 1	Equações estruturais	Examinar como a inteligência fluida prediz o pensamento divergente e avaliar o efeito moderador do processo de interpretação executiva na relação entre criatividade e inteligência	Gf mostrou-se preditor da criatividade (*B* = 0,447). Ao inserir o processo de interpretação executiva como mediador, o efeito direto de Gf sobre criatividade foi reduzido para *B* = 0,241.
Nusbaum e Silvia (2011) – estudo 2	Equações estruturais	Examinar os efeitos da inteligência fluida no pensamento divergente e avaliar o efeito moderador do processo de estratégia executiva na relação entre criatividade e inteligência	O efeito de Gf na criatividade diferiu significativamente entre os grupos. Aqueles que foram submetidos à estratégia mostraram-se melhores preditores (*B* = 0,417) do que o grupo-controle (*B* = 0,081).

Os resultados têm mostrado que estudos anteriores apresentaram, como limitações metodológicas, o fato de basearem-se em análises correlacionais entre várias medidas de inteligência e criatividade. Estudos mais recentes, usando métodos atuais, indicam que os dois construtos podem estar mais fortemente associados do que se acreditava (Lee & Therriault, 2013). Um exemplo claro dessa mudança na magnitude da relação foi confirmado por Silvia (2008b) ao reanalisar os dados do estudo clássico de Wallach e Kogan. Na ocasião, fazendo uso de método correlacional, o valor encontrado da relação entre criatividade e inteligência foi de 0,09. Usando o modelo de variáveis latentes, a relação subiu para 0,20.

Algumas considerações podem ser elaboradas, ao enfocar a diversidade de questões que vêm sendo relatadas na literatura científica acerca da relação entre inteligência e criatividade (tomadas como construtos relacionados, como construtos independentes e distintos, com a existência de relação a partir de um certo nível de QI), bem como da análise da magnitude da relação e oscilação dependendo do conteúdo avaliado pelos instrumentos e dos métodos de análise empregados (tradicionais ou avançados). A principal das considerações aponta para a inexistência de consenso sobre essa relação.

Uma série de pesquisas tem apontado variações na relação entre inteligência e criatividade, dependendo do conteúdo avaliado (Beaty & Silvia, 2012; Benedek et al., 2012, 2014; Sligh et al.,

2005) e havendo diferença quando a criatividade é medida por meio de tarefas de pensamento divergente, de potencial criativo (em geral, medidas de pensamento divergente) ou de realização criativa (autorrelato, questionários biográficos e levantamento de realizações criativas), bem como as diferentes medidas de inteligência (QI, inteligência fluida e inteligência cristalizada). Nesse sentido, a literatura tem mostrado que os achados, aparentemente contraditórios, podem ser explicados, em parte, pelo tipo de estudo, pela heterogeneidade das medidas empregadas e pelo tipo de população estudado (Kim, 2005; Mouchiroud & Lubart, 2002).

De uma forma geral, segundo Batey e Furnham (2006), os estudos sobre a relação entre criatividade e inteligência indicam que os dois construtos se mostram modestamente relacionados (com correlações entre 0,20 e 0,40, sugerindo explicações para aproximadamente 5 a 20% da variância), de maneira a apontar que a maior parte dos estudos sugere que ambos não devem ser tratados como sinônimos. Assim, embora a maior parte desses estudos tenha concluído acerca da existência de alguma relação entre criatividade e inteligência, com a amplitude dessa relação variando entre baixa e moderada, as diferenças metodológicas acabam dificultando o consenso em relação a essa questão. Parte dessas diferenças pode ser justificada perante uma série de problemas existentes na maioria dos estudos, listados por Morejón (1995):

1. as ambiguidades semânticas e conceituais na definição de ambos os construtos;
2. dissociação entre o enfoque teórico e as técnicas empregadas para sua avaliação que pode resultar em interpretações errôneas ou ambíguas;
3. composição das amostras, que podem ser muito limitadas, não representativas das populações e das idades estudadas, bem como no caso de estudos de grupos extremos (nível muito alto ou muito baixo na habilidade avaliada), sem que a população com habilidade média, ou seja, a maior parte dos indivíduos, seja considerada nas análises, de forma a gerar perda de grande parte da informação;
4. ênfase na medição quantitativa em detrimento de uma análise qualitativa;
5. enfoque prioritário no contexto educacional, que deve ser controlado e superado em novos estudos que se proponham a investigar a temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre inteligência e criatividade tem se mostrado difícil de ser estabelecida devido à natureza multidimensional, complexa e intrincada desses dois conceitos (Şahin, 2015). Diferenças metodológicas têm sido apontadas como causa da ampla variação nos resultados das pesquisas, fato que também dificulta a replicabilidade e comparabilidade dos estudos.

Algumas questões merecem ser mais bem investigadas, notadamente ampliando as investigações para outros contextos e populações. Nesse sentido, atenção deve ser dada ao fato de que a literatura científica ainda é bastante restrita quando se considera a investigação dessa relação entre os construtos em crianças pequenas ou pessoas mais velhas, uma vez que a maior parte das investigações tem como foco a avaliação de jovens adultos (Aguirre & Conners, 2010), de maneira que pouco se sabe sobre essa relação em outras faixas etárias. Do mesmo modo, o foco no contexto educacional deve ser ampliado para outros ambientes em que essa relação se faz importante, como, por exemplo, no organizacional ou social.

Em segundo lugar, convém destacar que a maior parte dos estudos encontrados na temática envolve a criatividade como um construto de manifestação única ou, em raros casos, múltipla, diferenciando-se entre potencial e realização real. Ao fazerem isso, estão desconsiderando uma importante questão: sua distribuição na população. Teorias mais atuais classificam esse construto em duas formas diferenciadas: a criatividade cotidiana (chamada de *little c*) e a alta criatividade (*Big C*). O primeiro tipo se encontraria presente em qualquer indivíduo, sendo aquele tipo de criatividade que permite a cada indivíduo resolver problemas cotidianos, os quais exigem ações criativas, das quais qualquer leigo pode participar no dia a dia. Já o segundo tipo de criatividade (*Big C*) só estaria presente em um número reduzido de indivíduos, que obtêm destaque na sua área de atuação. A questão se ampara na constatação de que, enquanto o conceito de *Big C* sempre foi, historicamente, claro, o mesmo não pode ser dito em relação à criatividade do *little c*, dado o fato de que habitualmente a sociedade tem reconhecido as contribuições que aparecem sob a forma de *Big C*, deixando de lado os demais tipos (Kaufman, Beghetto, & Pourjalali, 2011). Pesquisas que contemplem os dois tipos de criatividade mostram-se essenciais para o esclarecimento da relação desse construto com a inteligência, bem como para a identificação de possíveis diferenças entre esses dois níveis criativos, de modo a ampliar o alcance da pesquisa na temática. Tal distinção, em oposição ao agrupamento de todos os estudos de criatividade juntos sem reconhecer essas diferenças, mostra-se urgente.

Como argumentos, Beghetto e Kaufman (2007) afirmam que a definição do conceito de *little c* tem, por exemplo, possibilitado aos pesquisadores o reconhecimento e a análise das diversas formas de expressão criativa, incluindo-se, por exemplo, a criatividade de crianças em idade escolar. Por esse motivo, a inclusão desse conceito oferece uma possibilidade adicional de análise aos pesquisadores interessados no estudo do potencial criativo e no desenvolvimento de crianças e jovens. Nesse sentido, as distinções *Big C/little c* são úteis para a compreensão e a valorização das contribuições notáveis e duradouras feitas por gênios em algum domínio, reconhecendo, ao mesmo tempo, também as contribuições feitas por pessoas comuns (Kaufman & Beghetto, 2009).

Por fim, convém destacar que a condução de novos estudos voltados ao esclarecimento da relação entre inteligência e criatividade, voltados às lacunas ainda presentes na temática, poderá auxiliar também na compreensão do fenômeno das altas habilidades/superdotação, visto que se

compõe, de acordo com teorias mais atuais (Renzulli, 2004, 2005, 2008; Sternberg, 2003, 2005), de aspectos relacionados à inteligência e à criatividade, entre outras características (p. ex., capacidade geral, liderança, talento artístico e aspectos motivacionais). Dessa forma, o conhecimento da relação entre cada um desses componentes se torna importante na medida em que poderá auxiliar para uma melhor identificação desses indivíduos a fim de que seus talentos sejam mais bem aproveitados e desenvolvidos.

Referências

Aguirre, K., & Conners, F. (2010). Creativity and intelligence in preschoolers: preliminary findings. *The University of Alabama McNair Journal*. Recuperado de: http://graduate.ua.edu/mcnair/journals/2010/Aguirre.pdf

Albert, R.S., & Runco, M.A. (1999). A history of research on creativity. In R.J. Sternberg (Org.), *Handbook of creativity* (pp.16-31). Cambridge: Cambridge University Press.

Barros, D.P., Primi, R., Miguel, F.K., Almeida, L., & Oliveira, E.P. (2010). Metaphor Creation: A Measure of Creativity or Intelligence?. *European Journal of Education and Psychology*, *3* (1), 103-115.

Batey, M. & Furnham, A. (2006). Creativity, intelligence and personality: a critical review of the scattered literature. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, *132* (4), 355-429.

Batey, M., Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2009). Intelligence and personality as predictors of divergent thinking: the role of general, fluid and crystallized intelligence. *Thinking Skills and Creativity, 4*(1), 60-69.

Batey, M., Furnham, A., & Safiullina, X. (2010). Intelligence, general knowledge and personality. *Learning and Individual Differences*, *20*, 532–535.

Beaty, R. E., & Silvia, P. J. (2012). Why do ideas get more creative across time? An executive interpretation of the serial order effect in divergent thinking tasks. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 6*, 309–319.

Beghetto, R.A., & Kaufman, J. (2007). Toward a broad conception of creativity: a case for “mini-c” Creativity. *Creativity and the Arts, 1*(2), 73–79.

Benedek, M., Franz, F., Heene, M., & Neubauer, A. C. (2012). Differential effects of cognitive inhibition and intelligence on creativity. *Personality and Individual Differences*, *53*(4), 480–485.

Benedek, M., Jauk, E., Sommer, M., Arendasy, M., & Neubauer, A. C. (2014). Intelligence, creativity, and cognitive control: The common and differential involvement of executive functions in intelligence and creativity. *Intelligence*, *46*, 73–83.

Boden, M.A. (1999). *Dimensões da criatividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Colom, R. (2008). *Nos limites da inteligência: é o ingrediente do êxito na vida?* (C.E. Flores-Mendoza, & F.M. Franco, trad.). São Paulo: Vetor.

David, A.P.M., Nakano, T.C., Morais, M.F., & Primi, R. (2011). Competências criativas no ensino superior. In S.M. Wechsler, & T.C. Nakano (Orgs.), *Criatividade no ensino superior: uma perspectiva internacional* (pp.14-53). São Paulo: Vetor.

Edwards, M.P., & Tyler, L.E. (1965). Intelligence, creativity and achievement in nonselective public junior high school. *Journal of Educational Paychdoav*, *C8* (3), 98-99.

Elisondo, R.C., & Donolo, D.S. (2010). ¿Creatividad o inteligencia? That is not the question. *Anales de Psicología*, *26* (2), 220-225.

Eysenck, H. (1999). As formas de medir a criatividade. In M.A. Boden. (Org.), *Dimensões da criatividade* (pp. 203-225). Porto Alegre: Artes Médicas.

Furnham, A. (2016). The relationship between cognitive ability, emotional intelligence and creativity. *Psychology, 7*, 193-197.

Getzels, J.W.; Jackson, P.W. (1962). *Creativity and intelligence: explorations with gifted students.* New York: John Wiley & Sons.

Gojda, A. (2016). The relationship between school achievement and creativity at different educational stages. *Thinking Skills and Creativity, 19*, 246-259.

Gonçalves, F.C., & Fleith, D.S. (2011). Estudo comparativo entre alunos superdotados e não-superdotados em relação à inteligência e criatividade. *Psico, 42* (2), 263-268.

Jauk, E., Benedek, M., & Neubauer, A. C. (2014). The road to creative achievement: A latent variable model of ability and personality predictors. *European Journal of Personality, 28,* 95–105.

Jauk, E., Benedek, M., Dunst, B., & Neubauer, A. C. (2013). The relationship between intelligence and creativity: New support for the threshold hypothesis by means of empirical breakpoint detection. *Intelligence, 41*, 212–221.

Kandler, C., Rieman, R., Angleitner, A., Spinath, F.M., Borkenau, P., & Penke, L. (2016). The nature of creativity: the roles of genetic factors, personality traits, cognitve abilities and environmenal sources. *Journal of Personality and Social Psychology, 111*(2), 230-249.

Karwowski, M., Dul, J., Gralewski, J., Jauk, E., Jankowska, D.M., Gajda, A., … & Benedek, M. (2016). Is creativity without intelligence possible? A necessary condition analysis. *Intelligence, 57*, 105-117.

Kaufman, J. C., & Beghetto, R. A. (2009). Beyond big and little: The Four C model of creativity. *Review of General Psychology, 13,* 1–12.

Kaufman, J. C., Beghetto, R. A., & Pourjalali, S. (2011). Criatividade na sala de aula: uma perspectiva internacional. In S.M. Wechsler, & V.L.T. Souza (Orgs.), *Criatividade e aprendizagem: uma perspectiva internacional* (pp.53-72). São Paulo: Loyola.

Kim, K. H. (2005). Can only intelligent people be creative? *Journal of Secondary Gifted Education*, *16*(2-3), 57−66.

Kim, K.H. (2011). The APA 2009 division 10 debate: are the Torrance Tests of Creative Thinking still relevant in the 21st century? *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 5*(4), 302-308.

Kim, K.H., Cramond, B., & Bandalos, D.L. (2006). The latent structure and measurement invariance of scores on the Torrance tests of Creative Thinking-Figural. *Educational and Psychological Measurement*, *66* (3), 459-477.

Kneller, G.F. (1971). *Arte e ciência da criatividade*. São Paulo: Ibrasa.

Krumm, G., Filippetti, V.A., & Bustos, D. (2014). Inteligencia y creatividade: correlatos entre los constructos a través de dos estúdios empíricos. *Universitas Psychologica, 13(*4), 1531-1543.

Lee, C., & Therriault, D.J. (2013). The cognitive underpinnings of creative thought: a latente variable analysis exploring the roles of inteliggence and working memory in three creative thinking processes. *Intelligence, 41*, 306-320.

Lee, C.S., Huggins, A.C., & Therriault, D.J. (2014). A measure of creativity or intelligence? Examining internal and external structure vcalidity evidence of the Remote Associates Test.

Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 8(4), 446-460.

Lubart, T. (2007). *Psicologia da criatividade*. Porto Alegre: Artmed.

Lundsteen, S.W. (1966). Book reviews: modes of thinking in Young children: a study of creativity-intelligence distinction by Michael A. Wallack and Nathan Kogan. *Educational and Psychological Measurement, 26,* 523-527.

McGrew, K. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project. Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence*, *37*(1), 1-10.

Morais, M.F. (2001). *Definição e avaliação da criatividade*. Braga: Universidade do Minho.

Morejón, J.B. (1995). Estúdios sobre creatividad e inteligencia: confluencias y divergencias. *Revista Cubana de Psicologia*, *12* (1/2), 9-19.

Mouchiroud, C., & Lubart, T. (2002). Social creativity: a cross-sectional study of 6 to 11 year-old children. *International Journal of Behavioral Development*, *26* (1), 60-69.

Mourgues, C. V., Tan, M., Hein, S., Al-Harbi, K., Aljughaiman, A., & Grigorenko, E. L. (2015). The relationship between analytical and creative cognitive skills from middle childhood to adolescence: Testing the threshold theory in the Kingdom of Saudi Arabia. *Learning and Individual Differences*, *52*, 137-147

Nakano, T.C. (2012). Criatividade e inteligência em crianças: construtos relacionados? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *28*(2), 149-159.

Nakano, T.C. (2014). Avaliação Psicométrica das habilidades cognitivas: relação entre inteligência e criatividade. In: A.M.R. Virgolim, & E.C. Konkiewitz (Orgs.), *Altas habilidades/superdotação, inteligência e criatividade* (pp.99-118). Campinas: Papirus.

Nakano, T.C., & Brito, M.E. (2013). Avaliação da criatividade a partir do controle do nível de inteligência em uma amostra de crianças. *Temas em Psicologia*, *21*(1), 1-15.

Nogueira, S.M.; Pereira, M. (2008). Estratégias promotoras da criatividade. In M.F. Morais, & S. Bahia (Orgs.), *Criatividade: conceito, necessidades e intervenção* (pp.253-278). Braga: Psiquilibrios.

Nusbaum, E. C., & Silvia, P. J. (2011). Are intelligence and creativity really so different? Fluid intelligence, executive processes, and strategy use in divergent thinking. *Intelligence, 39*, 36–45.

Oliveira, E.P., Primi, R., Almeida, L.S. & Nakano, T.C. (2011). Torrance tests of creative thinking: internal structure and relationship with intelligence and achievement. Manuscrito enviado para publicação.

Partnership for 21st Century Skills. (2013). *Framework for 21st century learning*. Washington.. Recuperado de: http://www.p21.org/ our-work/p21-framework

Pereira, M. (2001). Inteligência e criatividade: duas trajectórias alternativas para as crianças sobredotadas?. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, *6* (1), 171-188.

Plucker, J.A., & Esping, A. (2015). Intelligence and creativity: a complex but importante relationship. *Asia Pacific Education Review*.

Preckel, F., Holling, H., & Wiese, M. (2006). Relationship of intelligence and creativity in gifted and non-gifted students: An investigation of threshold theory. *Personality and Individual Differences*, *40*, 159-170.

Primi, R., & Nakano, T.C. (2015). Inteligência. In F.H. Santos, V. M. Andrade, & O. F. A. Bueno. *Neuropsicologia hoje.* (pp.49-58). Porto Alegre: Artmed.

Renzulli J. S. (2004) O que é esta coisa chamada superdotação e como a desenvolvemos? Retrospectiva de vinte e cinco anos. *Revista Educação, 27* (1), 75-134.

Renzulli, J. S (2005) The three-ring definition of giftedness: A developmental model for promoting creative productivity. In R.J. Sternberg, & J.E Davidson (Orgs.) *Conceptions of Giftdeness* (pp.246-280). New York: Cambridge University Press.

Renzulli, J.S. (2008). La educación del sobredotado y el desarrollo del talento para todos. *Revista de Psicologia (Lima), 26* (1), 25-44.

Rindermann, H., & Neubauer, A.C. (2004). Processing speed, intelligence, creativity, and school performance: Testing of causal hypotheses using structural equation models. *Intelligence, 32*, 573–589.

Robinson, A., Shore, B. M., & Enersen, D. L. (2007). *Best practices in gifted education*: *An evidence-based guide*. Waco: Prufrock Press.

Runko, M.A., & Mraz, W. (1992). Scoring divergent thinking tests using total ideational output and a creativity índex. *Educational and Psychological Measurement*, *52*, 213-221.

Russo, C.F. (2004). Comparative study of creativity and cognitive-solving strategies of high-IQ and average students. *Gifted Child Quarterly, 48* (3), 179-190.

Şahin, F. (2015). A research on the strucutre of intelligence ans creativity, and creativity style. *Turkish Journal of Giftedness and Education, 5*(1), 2-20.

Schneider, W. J., & McGrew, K. (2012). The Cattell-Horn-Carroll model of intelligence. In D. Flanagan, & P. Harrison (Eds.), *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues* (pp. 99-144). New York: The Guilford.

Shaffer, D.R. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento*. São Paulo: Editora Thomson Learning.

Silvia, P.J. (2008). Another look at creativity and intelligence: Exploring higher-order models and probable confounds. *Personality and Individual Differences*, *44,* 1012-1021.

Silvia, P.J. (2011). Subjective scoring of divergent thinking: examining the reliability of unusual uses, instances and consequences tasks. *Thinking Skills and Creativity, 6*, 24-30.

Silvia, P.J., & Beaty R.E. (2012). Making creative metaphors: The importance of fluid intelligence for creative thought. *Intelligence, 40*, 343–351.

Silvia, P.J., Beaty R.E., & Nusbaum E.C. (2013). Verbal fluency and creativity: General and specific contributions of broad retrieval ability (Gr) factors to divergent thinking. *Intelligence, 41*, 328–340.

Silvia, P.J., Winterstein B.B., Willse J.T., Barona C.M., Cram J.T., & Hess K.I. (2008). Assessing creativity with divergent thinking tasks: Exploring the reliability and validity of new subjective scoring methods. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 2*, 68–85.

Sligh, A. C., Conners, F. A., & Roskos-Ewoldsen, B. (2005). Relation of creativity to fluid and crystallized intelligence. *The Journal of Creative Behavior, 39*, 123–136.

Sternberg, R. (2000). *Handbook of intelligence.* New York: Cambridge University Press.

Sternberg, R. J (2005). The WICS model of giftdness. In R.J. Sternberg, & J.E. Davidson (Orgs.), *Conceptions of Giftdeness* (pp. 243-327). New York: Cambridge University Press.

Sternberg, R. J. (1984). What should intelligence tests test? Implications of a triarchic theory of intelligence for intelligence testing. *Educational Researcher, 13,* 5-15.

Sternberg, R. J. (2003) *Wisdom, intelligence, and creativity, synthesized*. New York: Cambridge University Press.

Sternberg, R. J., & O'Hara, L. A. (2000). Intelligence and creativity. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 611-630). New York: Cambridge University Press.

Sternberg, R.J. (2001). What Is the Common Thread of Creativity? Its Dialectical Relation to Intelligence and Wisdom*. American Psychological Association*, *56* (4), 360-362.

Sternberg, R.J. (2006). Creating a Vision of Creativity: The First 25 Years. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, S (1), 2-12.

Torrance, E. P. (1967). The Minnesota studies on creative behavior. *Journal of Creative Behavior*, *1*(2), 137–154.

Wechsler, S., & Richmond, B. (1984). Influências da dotação intelectual e criativa no ajustamento em sala de aula. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 36* (2), 138-147.

Wechsler, S.M. (2008*). Criatividade: descobrindo e encorajando* (3a ed). Campinas: LAMP/PUC-CAMPINAS.

Wechsler, S.M., Nunes, M.F.O., Schelini, P.W., Ferreira, A.A., & Pereira, D.A.P. (2010). Criatividade e inteligência: analisando semelhanças e discrepâncias no desenvolvimento. *Estudos de Psicologia (Natal), 15*(3), 243-250.

Welter, M. M., Jaarsveld, S., van Leeuwen, C., & Lachmann, T. (2016). Intelligence and Creativity; over the threshold together?. *Creativity Research Journal, 28*(2), 212-218.

Zenasni, F., Mourgues, C., Nelson, J., Muter, C., & Myszkowski, N. (2016). How does creative giftedness differ from academic giftedness? A multidimensional conception. *Learning and Individual Differences*, *52*, 216-223.

9

AVALIAÇÃO ASSISTIDA DA INTELIGÊNCIA

Caroline Tozzi Reppold
Léia Gonçalves Gurgel
Monalisa Muniz

A avaliação assistida, dinâmica ou interativa, tem por objetivo avaliar o desempenho cognitivo dos sujeitos e ampliar a visão sobre o seu potencial de aprendizagem. Dessa forma, fornece estimativas do resultado de possíveis estratégias reabilitadoras (Boosman, Bovend'Eerdt, Visser-Meily, Nijboer, & Heugten, 2014; Grigorenko, 2009). As discussões sobre o método iniciaram-se considerando, principalmente, a avaliação da inteligência e da aprendizagem. Nesse sentido, fundamenta-se, sobretudo, em dois conceitos: o de "experiência de aprendizagem mediada", de Feuerstein, e o de "zona de desenvolvimento proximal", de Vygotsky. Esses conceitos serão discutidos ao longo do presente capítulo, o qual objetiva apresentar os procedimentos de avaliação assistida e suas formas de apresentação para mensuração de construtos relacionados com a inteligência. Pretendemos, dessa forma, contrapor este com outros métodos existentes na área de avaliação da cognição, aprendizagem e inteligência. Neste capítulo, focalizaremos tais construtos por já apresentarem estudos mais consistentes na literatura. No entanto, a área é promissora, podendo englobar outros, tais como habilidades sociais e autoconceito. Ressaltamos que no presente capítulo adotou-se a terminologia "avaliação assistida", que é a denominação mais utilizada no Brasil.

O CONCEITO DE AVALIAÇÃO ASSISTIDA

O método de avaliação assistida foi elaborado com base no processo de intervenção em tarefas relacionadas com a solução de problemas (Queiroz, Enumo, & Primi, 2013), tendo como meta a avaliação do potencial de aprendizagem dos sujeitos. Seu principal objetivo é, portanto, a identificação de como e por que alguns sujeitos são mais ou menos favorecidos por intervenções estruturadas ao longo da avaliação (Stevenson, Hickendorff, Resing, Heiser, & de Boeck, 2013). Em complemento a esse objetivo, há a preocupação em compreender como o indivíduo faz para aprender novos conteúdos e como se removem obstáculos para que novas aprendizagens ocorram (Haywood & Tzuriel, 2002). Segundo Aravena, Tijms, Snellings e van der Molen (2016), esse tipo de avaliação é uma modalidade viável para a verificação da capacidade do sujeito para responder à intervenção realizada, focando-se mais no processo de resposta do que no resultado propriamente dito.

Por isso, a característica marcante dessa avaliação é a interatividade, pois, durante sua realização, são fornecidas instruções e pistas sobre como pensar a solução de uma tarefa. O fornecimento de algum tipo de assistência ou ensino possibilita que o próprio sujeito controle seu desempenho e module a sua resposta, provocando mudanças em seu desempenho cognitivo (Queiroz et al., 2013). Na avaliação assistida, postula-se ainda que essa instrução ou mediação pode ser acompanhada de *feedback* por parte dos avaliadores (Teo & Jen, 2012). Por essa razão, Tiekstra, Minnaert e Hessels (2016) ressaltam que na avaliação assistida, diferentemente da avaliação estática, é possível avaliar a capacidade de resposta do sujeito, diagnosticando individualmente a capacidade de aprender e os processos inerentes a ele, especialmente mediante dificuldades de aprendizagem.

Conforme referido anteriormente, a elaboração e o desenvolvimento da avaliação dinâmica baseiam-se em dois princípios, a saber: “experiência de aprendizagem mediada” (EAM), de Feuerstein (Feuerstein, Rand, & Hoffman, 1979; Feuerstein, Rand, Hoffman, & Miller, 1980), e “zona de desenvolvimento proximal” (ZDP), de Vygotsky (Turrini, Enumo, Ferrão, & Monteiro, 2010).

O primeiro, EAM, refere-se à situação em que um adulto, ou sujeito mais experiente e apto em determinada tarefa, passa a mediar a interação da criança com a atividade proposta. A interação favorece o pensamento reflexivo e o estabelecimento de estratégias e regras para a resolução de um determinado problema, ampliando os aspectos motivacionais.

O segundo, ZDP, considera que, com assistência, o sujeito pode mover-se do nível real (atual) até o seu desempenho potencial. Vygotsky (1978) sugeriu uma metodologia de avaliação baseada na mediação, a fim de desafiar o desempenho da criança em testes estáticos utilizados prioritariamente, na época, de forma a prever o desempenho de alunos e o sucesso escolar. A mediação realizada também promove reações diferentes em cada criança, possibilitando, assim, a diferenciação entre os sujeitos (Teo & Jen, 2012). Cho e Compton (2015) salientam que o conceito de Vygotsky possibilita a compreensão das habilidades cognitivas das crianças, entendidas por dois níveis de desenvolvimento: o atualizado (já desenvolvidos) e aquele em atualização (em desenvolvimento, ainda não totalmente desenvolvidos). A diferença entre os dois dá-se pela zona de desenvolvimento proximal, na mensuração do potencial de aprendizagem dos sujeitos. Brouwers e van de Vijver (2015) ressaltam que a capacidade real e a potencial dos

sujeitos para a resolução de tarefas em testes de inteligência têm sido amplamente discutidas na literatura internacional nos últimos 40 anos.

Podemos verificar que os dois conceitos, ZDP e EAM, são compatíveis e se complementam, pautando-se na capacidade de aprendizagem por meio da interação. Com isso, é importante citar outro fundamento da avaliação assistida, que é a modificabilidade cognitiva, também proposta por Feuerstein e colaboradores (1980), no qual compreende-se que o indivíduo tem uma habilidade em automodificar e adaptar o funcionamento cognitivo diante de mudanças do ambiente. Para ocorrer essa modificabilidade, são necessárias intervenções construídas para desenvolver a capacidade do indivíduo, tendo como referência inicial a avaliação do potencial de aprendizagem dessa pessoa (Feuerstein et al., 1980).

Haywood e Tzuriel (2002) pontuam que a avaliação assistida do pensamento, da percepção, da aprendizagem e da resolução de problemas ocorre por meio de um ensino ativo que tenha a finalidade de modificar o funcionamento cognitivo. Essa ideia é corroborada por Grigorenko e Sternberg (1998), quando descrevem que, na avaliação assistida, a ênfase é na intervenção e na mudança. No entanto, como bem destacam Haywood e Tzuriel, a mudança cognitiva que pode ser observada pela generalização da transferência de aprendizagem dependerá de como foi realizada a intervenção, pois a mudança não é ao acaso, mas está ligada aos recursos proporcionados para isso, considerando também as limitações do indivíduo.

A avaliação assistida passou a ser elaborada a partir de demandas não supridas pelas avaliações estáticas tradicionais, ou seja, aquelas que têm o olhar apenas para o que o sujeito já possui de aprendizagem, mas não para o que ele pode vir a desenvolver. Segundo Tzuriel (2000), a abordagem estática apresenta alguns pontos frágeis, a saber:

1. não informa sobre os processos de aprendizagem dos sujeitos;
2. apresenta o desempenho dos sujeitos, tanto em testes estáticos quanto no âmbito acadêmico, geralmente aquém do seu potencial, especialmente para aqueles em desvantagem sociocultural;
3. apresenta o desempenho dos sujeitos de forma geral, não fornecendo recomendações sobre as estratégias utilizadas por eles na produção das respostas;
4. não considera fatores externos ao construto-alvo do instrumento, como a motivação intrínseca e a tolerância à frustração.

Na avaliação assistida, são utilizadas diversas técnicas como a entrevista e a observação (Grigorenko & Sternberg, 1998). Sobre essa última técnica, há instrumentos construídos com a finalidade de verificar comportamentos afetivo-motivacionais dos sujeitos durante a realização de um procedimento assistido. Como exemplo, cita-se a Avaliação de Comportamentos Afetivo-Motivacionais Infantis – Checklist (ACAMI), desenvolvida por Ferrão (2007). É um *checklist* que contempla categorias comportamentais a serem observadas e preenchidas durante a aplicação de um procedimento assistido para avaliação cognitiva. O *checklist* também envolve comportamentos do avaliado e do avaliador, para melhor compreensão dos comportamentos exibidos pelo avaliado na tarefa, e pode ser utilizado com diversos procedimentos assistidos estruturados em pré-teste, ensino e pós-teste. Além disso, abrange a população de crianças com necessidades especiais, crianças pré-escolares e de até 12 anos. Por meio dessa observação, identificam-se comportamentos potencialmente facilitadores e não facilitadores do desempenho do avaliado.

Entre as técnicas usadas nas avaliações assistidas, o teste assistido é a principal ferramenta. O teste assistido não tem o objetivo da modificabilidade, mas, sim, da identificação de o quanto uma pessoa mudaria cognitivamente a partir de instruções com sugestões de resolução de uma determinada tarefa, envolvendo a interação avaliado/avaliador. Em alguns métodos, essa interação é um simples *feedback*, em outros, pode ser uma intervenção com diversas dicas e ensino (Grigorenko & Sternberg, 1998). Esses instrumentos construídos sob as premissas da avaliação assistida apresentam relevantes diferenças daqueles construídos com base na metodologia estática ou tradicional. Uma importante diferença entre as metodologias está no olhar que se dá para o desenvolvimento dos sujeitos. Os testes estáticos avaliam o desempenho real dos sujeitos, enquanto testagens assistidas avaliam o desempenho potencial, sendo essa uma das críticas que recaem sobre os instrumentos estáticos (Teo & Jen, 2012).

Para a avaliação específica da inteligência, Tzuriel (2000) discute as limitações dos testes estáticos na avaliação do construto, não só por terem valor limitado, como também pelo fato de o desempenho no teste não apresentar as diferenças individuais na realização das tarefas. Para os autores, o resultado de testes de QI é reducionista, uma vez que sujeitos com o mesmo resultado numérico podem apresentar necessidades e características de aprendizagem diversas, demandando estratégias de ensino diversificadas. O uso de testes estáticos padronizados é ainda questionável quando aplicados em sujeitos com desvantagens intelectuais e culturais.

Na mesma linha, Cho e Compton (2015) apontam que há um grande número de crianças que apresentam desempenho semelhante em testes tradicionais, mas que requerem ajuda diversificada para a realização das tarefas propostas. Esse apoio tem como objetivo a avaliação da capacidade de aprendizagem do sujeito, promovendo intervenções orientadas e evidenciando os recursos utilizados pelos respondentes para a resolução das tarefas propostas (Muniz, Seabra, & Primi, 2015).

Abordagens assistidas são, portanto, particularmente úteis para a avaliação de crianças, especialmente daquelas que não apresentam bom desempenho em testes convencionais e com desvantagens sociais, de forma a observar o seu desempenho quando é fornecida assistência, verificando então ganhos iniciais no desempenho dos sujeitos (Resing, Touw, Veerbeek, & Elliott, 2017).

No entanto, apesar dessas críticas em relação aos testes estáticos, concorda-se com Queiroz e colaboradores (2013), quando afirmam que é necessário a complementariedade entre os procedimentos estáticos e assistidos. Uma avaliação mais abrangente deve considerar as informações advindas dessas duas formas de coleta de dados. Se os instrumentos estáticos tendem a oferecer dados mais quantitativos relacionados ao produto final, os assistidos possibilitam informações mais qualitativas.

METODOLOGIAS PARA PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO ASSISTIDA E POPULAÇÕES-ALVO

A avaliação dinâmica pode ser desenvolvida sob diferentes abordagens, sempre objetivando a avaliação do potencial de aprendizagem dos sujeitos. Pode ser realizada com foco mais específico em determinado construto ou de forma mais geral. Pode ter foco na intervenção dos sujeitos (modificabilidade cognitiva) ou na sua avaliação (verificando o potencial de aprendizagem). Em todos os casos, a abordagem é organizada e determinada pelo avaliador, que pode conduzir sua avaliação sob diferentes contextos. Por exemplo, a avaliação pode ter um propósito clínico, com foco na modificabilidade cognitiva do sujeito, sob a abordagem de Feuerstein (Feuerstein, Rand, & Hoffman, 1979) e Tzuriel (Shamir & Tzuriel, 2004).

Podemos ainda objetivar a avaliação das habilidades de aprendizagem dos sujeitos, mensurando a capacidade da criança para aplicar as novas informações aprendidas ao longo da etapa determinada no teste. Nessa modalidade, o examinador tem papel ativo que pode ocorrer em dois formatos principais. Em um, há um pré-teste, um momento de ensino/aprendizagem e um pós-teste. Em um segundo formato, observa-se um momento de treino seguido de teste, solicitando-se aos examinandos um *feedback*. Ressalte-se aqui que independentemente do foco da aplicação (se na intervenção ou na avaliação), para que os procedimentos dinâmicos de avaliação possam ser replicados, faz-se necessária a normalização da aplicação, de forma a neutralizar a influência do aplicador, mantendo a confiabilidade e a validade da medida (Tiekstra et al. 2016). Apesar da variabilidade de aplicação de instrumentos com base na metodologia dinâmica, temos como sequência mais comum:

Pré-teste + mediação/instrução/assistência + pós-teste

Na fase da interação, o avaliador tem a função de otimizar a tarefa de modo que possamos observar de forma mais precisa e detalhada as estratégias cognitivas e metacognitivas do respondente ao longo da testagem (Mata & Calero, 2014). Cho e Compton (2015), seguindo a mesma linha teórica, também referem que as técnicas relacionadas com a avaliação do potencial de aprendizagem incluem o formato teste-ensino-reteste, de forma que o resultado deve ser medido pela diferença entre o pós-teste e o pré-teste, evidenciando a influência da instrução ou mediação realizada ao longo do teste. Dessa forma, inicialmente é proposta, pelo mediador (quem avalia), uma tarefa ao avaliando. O avaliador mediador tem por função fornecer estímulos com o objetivo de favorecer a aprendizagem do conteúdo trabalhado. O avaliando, por sua vez, necessita organizar seus recursos cognitivos para o processamento da informação recebida, obtendo como resultado a modificabilidade das suas funções cognitivas (Queiroz et al., 2013).

O método assistido de avaliação, como visto até aqui, ocorre principalmente por meio da interação com o avaliador (Turrini et al., 2010). Dessa maneira, podemos focar a análise dos erros, ou dos acertos, dos sujeitos, obtendo informações acerca do seu desempenho. O avaliador é peça fundamental, uma vez que dele dependerá o fornecimento de assistência na resolução das tarefas e de *feedbacks* estruturados ao longo da atividade proposta (Stevenson et al., 2013). Para tanto, o examinador deve ser um sujeito mais experiente no tema, fornecendo instruções ou “dicas graduadas” ao avaliando, a fim de que esse tenha a oportunidade de demonstrar seu potencial na resolução das tarefas, e não apenas o seu desempenho estático (Turrini et al., 2010).

Tiekstra e colaboradores (2016) ressaltam a importância do examinador em testes assistidos, uma vez que tem a função de favorecer a demonstração das potencialidades dos sujeitos avaliados. Segundo Feuerstein e colaboradores (1980), três características são importantes para a interação:

- A intencionalidade e a reciprocidade, ao passo que o mediador auxilia o examinando na realização da tarefa, que, por sua vez, permite que o mediador compreenda seu processo de pensamento.
- A mediação de significado, como a compreensão da produção do examinando.
- A transcendência, ou seja, a compreensão do que aprendeu com as novas situações propostas, considerando as características reflexivas da aprendizagem.

Sendo assim, os procedimentos para a realização de testes assistidos podem ser:

1. método de aplicação padronizado;
2. uso de verbalização ao longo da resolução da tarefa proposta, por parte do avaliador, com certo estímulo e, por parte do sujeito, com explicações acerca das opções de resposta dadas, e as razões para sua escolha;
3. *feedback* simples, em que a criança recebe a informação sobre a correção de sua resposta ou não;
4. *feedback* mais elaborado, com as razões explicadas pelo avaliador sobre as razões para a resposta. Há a realização de *feedback* verbal ao longo da resolução da tarefa.

Entre os fatores que explicam o melhor desempenho em testes assistidos, há características individuais dos sujeitos, como qualidades cognitivas, impulsividade e ansiedade (Carlson & Wiedl, 1992).

Em 2002, Tzuriel e Shamir desenvolveram o instrumento assistido Children's Seriation Thinking Modifiability (CSTM) tendo como formato as etapas de pré-teste, treino e pós-teste para avaliar processos de seriação e funções de comparação e quantificação. O teste foi elaborado para ser utilizado com e sem computador. Uma pesquisa que esses autores desenvolveram no mesmo ano apontou que as crianças com as quais o avaliador usava o teste via computador obtiveram melhores desempenhos em relação ao potencial de aprendizagem. Os resultados da pesquisa indicaram que a aplicação com o computador, aliada à mediação de um avaliador, é o melhor método de avaliação assistida, pois a informatização propicia um ambiente mais estimulante e motivador. Porém, há também testes assistidos informatizados que não necessitam da mediação do avaliador e que apresentam evidências de efetividade para avaliar o potencial de aprendizagem de crianças em relação ao raciocínio indutivo. Esse é o caso do Teste Dinâmico Computadorizado de Raciocínio Indutivo para Crianças (Muniz, Seabra & Primi, 2008). Diante dessa diversidade, cite-se que o importante é que o avaliador saiba dessas existências e possa escolher o melhor a ser utilizado em cada caso ou mesmo usar mais de dois tipos de instrumentos com métodos diferentes, comparando resultados e procurando entender que tipo de recurso tende a facilitar a aprendizagem.

Essa necessidade de construção de instrumentos com formatos variados em sua metodologia está intimamente relacionada com os tipos de populações a serem avaliadas com essa concepção assistida. Nessa perspectiva, não há restrição de uso para as populações, desde que se tenha

procedimentos adequados às especificidades do indivíduo ou do grupo objeto de avaliação. No entanto, em razão dessa característica de auxílio durante a aplicação do procedimento, para que as dificuldades e as potencialidades do avaliando sejam mais bem compreendidas, torna-se uma avaliação muito utilizada com crianças que tendem a apresentar dificuldades de aprendizagem e indivíduos com necessidades educativas especiais (NEE). Reforçamos aqui, portanto, a aplicabilidade dessa metodologia avaliativa, especialmente para aquelas que não apresentam bom desempenho nas testagens tradicionais. Incluímos aqui a importância da consideração das inúmeras variáveis relacionadas com o processo de resposta do sujeito, tais como o nível socioeconômico e a escolaridade.

Pensando nos diferentes tipos de populações, o avaliador precisa ter disponível diversas formas de procedimentos assistidos, bem como ter a competência para saber qual ou quais devem ser utilizados. Por exemplo, com uma criança que não apresenta NEE, deficiência cognitiva ou motora, e que é alfabetizada, um instrumento assistido computadorizado será bastante interessante de ser utilizado, até mesmo sem o avaliador mediando, caso a ferramenta tenha sido construída dessa forma, como é o caso do Teste Dinâmico Informatizado para Avaliar o Raciocínio Indutivo (TEDRI). No entanto, se a criança apresenta dificuldade mais proeminente, deficiência ou NEE, é importante a adoção de um procedimento não computadorizado (caso seja possível o computadorizado, será necessária a presença do avaliador mediando), no qual a criança possa manipular fisicamente e que o avaliador possa, se preciso, intervir com mais frequência. Por exemplo, para indivíduos com deficiência visual, uma ferramenta que permita que o sujeito manipule é muito mais adequada, como é o instrumento Jogo de Perguntas de Busca com Figuras Geométricas para Deficientes Visuais (PBFG-DV) (Enumo & Batista, 2006), que será mais bem descrito em tópico posterior neste capítulo.

Ainda sobre procedimentos de avaliação assistida, Linhares, Scolano e Enumo (2006) pontuam que podem ser utilizados com os itens desenvolvidos para instrumentos estáticos e com tarefas construídas especificamente para método assistido. No primeiro exemplo, pode-se citar o uso com o Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999), que avalia a capacidade indutiva e demanda várias operações mentais, como raciocínio analógico, classificação, discriminação, análise-síntese e atenção seletiva. É um teste estático, no qual o procedimento assistido pode ser proposto da seguinte forma: aplicação do instrumento de forma estática; reaplicação dos itens respondidos incorretamente e oferta de dicas de como raciociná-los ao perceber qual está sendo a dificuldade da criança. Quanto às tarefas desenvolvidas especificamente para o método assistido, essas serão mais bem explicadas em tópico posterior neste capítulo, quando serão abordados testes assistidos.

Ressalta-se que, no contexto assistido, os instrumentos são pensados dentro da teoria que embasa a avaliação assistida e as tarefas, assim como as instruções são sistematizadas em conjunto. Porém, caso seja utilizado um teste estático, como o Raven, citado anteriormente, é importante que o avaliador saiba que não poderá utilizar as tabelas normativas, somente deverá realizar uma análise qualitativa das respostas diante a aplicação, considerando o instrumento como uma técnica complementar da avaliação cognitiva. O uso das tabelas normativas poderá ocorrer somente na situação em que é aplicado como um pré-teste, sem nenhuma intervenção, como, por exemplo, no Raven. Em outros casos, depois da avaliação inicial, há uma intervenção e, posteriormente, é aplicado novamente para verificar o potencial de aprendizagem. Para a segunda aplicação do instrumento, as tabelas normativas não poderão ser utilizadas.

Assim, por seu caráter também interventivo, a avaliação e os instrumentos assistidos são

meios importantes de compreensão dos aspectos cognitivos dos indivíduos e têm se configurado como peças-chave para a pesquisa e o trabalho clínico nas áreas de psicopatologia, neuropsicologia, educação, educação especial, estudos de diferenças culturais e desenvolvimento humano (Haywood & Tzuriel, 2002; Linhares et al., 2006; Moore-Brown, Huerta, Uranga-Hernandez, & Peña, 2006). Especificamente no Brasil, as pesquisas nos últimos 20 anos (quando se iniciaram no país os primeiros estudos na área) têm considerado diversas populações e locais investigados. Entretanto, predominam estudos realizados com crianças que apresentam dificuldades escolares, NEE e deficiências (Enumo, Dias, & Paula, 2014). Observa-se, contudo, um crescente interesse de sua utilização na área hospitalar, para investigação, por exemplo, de aspectos cognitivos de crianças com doenças crônicas e anemia falciforme e pré-escolares com nascimento prematuro e baixo peso (Enumo et al., 2014).

AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM A METODOLOGIA DINÂMICA

Segundo Campos e Nakano (2012), nos últimos anos, os pesquisadores têm se dedicado mais ao estudo da avaliação da inteligência. Apesar desse maior esforço, observa-se ainda falta de consenso quanto às definições conceituais do construto e, consequentemente, quanto aos métodos avaliativos mais adequados. No Brasil, o número de pesquisas ainda é aquém do encontrado internacionalmente (Campos & Nakano, 2012).

Mesmo com as dificuldades de se conceituar a inteligência, uma definição bem aceita é a de Sternberg (2000), para o qual a inteligência é uma capacidade do indivíduo para aprender por meio das experiências e conseguir se adaptar ao ambiente em que vive utilizando processos metacognitivos. Além disso, a inteligência pode ser estudada e compreendida por meio de alguns enfoques, como o experimental (funcionamento da inteligência e dos processos cognitivos envolvidos abrangendo a estrutura cerebral), diferencial (capacidades cognitivas que permitem um perfil da inteligência) e evolutivo (desenvolvimento da inteligência) (Laros, Valentini, Gomes, & Andrade, 2014).

Para a compreensão da inteligência, esses enfoques são complementares e não excludentes e devem ser considerados em uma avaliação desse construto. Por meio da avaliação assistida e de seus instrumentos, parece ser mais factível a observação de diversos aspectos desses enfoques. Nesse tipo de avaliação, justamente por causa das intervenções, é mais fácil identificar, por exemplo, como a atenção ou a percepção pode estar interferindo no momento de se raciocinar a resolução de uma tarefa. Dependendo de qual capacidade da inteligência é o objeto de avaliação, pode-se verificar como o sujeito planeja as estratégias e se são diferentes para cada tipo de capacidade. Assim, o uso da interação demonstra o que é referenciado na literatura sobre a importância do ambiente para o desenvolvimento da inteligência (Nisbett et al., 2012). Com todos esses elementos, pode-se entender melhor o potencial de aprendizagem.

Conceitualmente, Cho e Compton (2015) apontam para a similaridade entre as definições de “potencial de aprendizagem” e de “inteligência”. Os dois conceitos relacionam-se com a capacidade de aprender a partir de instruções ou da experiência e dão respostas sobre a eficiência na aprendizagem geral (Murphy, 2011). Relacionado às metodologias de avaliação do potencial de aprendizagem, Murphy (2011) salienta o conceito de educabilidade, entendido como sinônimo de modificação da inteligência, de forma que, se um sujeito melhora o seu desempenho quando instruído, há aí um potencial a ser alcançado, considerando limites como idade e capacidade intelectual.

A inteligência, portanto, está intrinsecamente relacionada com a aprendizagem e a plasticidade cognitiva, mas geralmente é avaliada por meio de testes que comparam a idade mental com a idade cronológica dos sujeitos (Fabio, 2005), sem considerar o potencial. Brouwers e van de Vijver (2015) apontam que a inteligência, por vezes, é considerada de forma reducionista, apenas como avaliação do quociente de inteligência (QI). Nesse sentido, na avaliação estática, por exemplo, não há espaço para aprendizagem, não ocorrendo a transferência de conhecimentos. Instrumentos tradicionais resultam em escores conforme o desempenho esperado para a idade média (Fabio, 2005).

Por sua vez, os instrumentos construídos sob a metodologia assistida apresentam-se como importante método complementar para a avaliação da inteligência, mensurando o potencial de

desenvolvimento do sujeito, e não apenas o desenvolvimento aparente (Fabio, 2005). Isso porque a avaliação dinâmica reflete a capacidade de aprender e adaptar-se às condições sugeridas ao longo das avaliações, por meio de *feedback* durante a tarefa de resolução de problemas. Por essa razão, testes assistidos têm sido frequentemente utilizados na avaliação da inteligência como forma de avaliação adaptada a grupos com necessidades específicas (Brouwers & van de Vijver, 2015).

A avaliação assistida, especificamente relacionada ao construto inteligência, apresenta, portanto, objetivo duplo: 1) avaliar precisamente o desempenho e a capacidade do sujeito; 2) favorecer a obtenção de informações úteis clinicamente. Essa metodologia avaliativa também contribui para o fornecimento de informações sobre o provável desempenho futuro em sala de aula, no caso de crianças e adolescentes em etapa de escolarização, configurando-se como uma ferramenta promissora que une diagnóstico e intervenção (Tiekstra et al., 2016).

Carlson e Wiedl (1992), em um texto clássico sobre avaliação assistida da inteligência, apontam que as abordagens estáticas tradicionais de avaliação do construto tendem a não conseguir explicar detalhadamente as modificações no desempenho do respondente ao longo do procedimento avaliativo nem as variabilidades intraindividuais, sendo assim os resultados podem não traduzir de forma completa a competência cognitiva dos sujeitos avaliados. Corroborando essas colocações, no texto teórico de Carlson e Wiedl (1992), observa-se que as melhores estimativas de inteligência podem ser realizadas por meio de métodos que possam favorecer a melhora no desempenho e que possam reduzir os vieses relacionados a aspectos não cognitivos dos sujeitos.

As avaliações assistidas são, nesse caso, eficazes, uma vez que conseguem explicar diferenças individuais na realização dos testes, aumentando o alcance desse tipo de instrumento e considerando também o potencial de aprendizagem do sujeito e sua plasticidade cognitiva. Isso ocorre pela discussão das razões que justificam por que alguns sujeitos melhoram o seu desempenho e outros não, uma vez que a variabilidade individual das respostas é identificada. Segundo os autores, testes assistidos devem ser capazes de detalhar as estratégias de solução dos itens do instrumento, complexo o suficiente de forma que englobe fatores cognitivos e não cognitivos e capazes de possibilitar informações para intervenções no funcionamento cognitivo (Carlson & Wiedl, 1992).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO ASSISTIDA COGNITIVA E DE INTELIGÊNCIA DESCRITOS NA LITERATURA NO CONTEXTO BRASILEIRO

A produção brasileira de pesquisas e instrumentos relacionados com a avaliação assistida é ainda escassa no âmbito da psicologia (Reppold et al., 2015). Nacionalmente, constatam-se poucos estudos que abordam a elaboração, a construção ou a busca de evidências de validade de instrumentos de avaliação da inteligência construídos com base em metodologia assistida. Desses poucos instrumentos, nenhum deles está incluído no Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi), com parecer favorável ao uso profissional do psicólogo. Como os testes assistidos prezam pelo processo de respostas e, na maioria dos casos, dependem das dificuldades apresentadas pelos sujeitos para que alguma instrução seja fornecida, é complexo o processo de obtenção de uma padronização de sua aplicação, o que é um dos critérios exigidos no Satepsi para que o instrumento possa receber parecer favorável ao uso. Porém, é necessário que sejam repensados critérios diferenciados para os testes assistidos, pois, como pode ser verificado por meio do que foi relatado neste capítulo, são ferramentas muito importantes para a avaliação da cognição, apresentando-se até mesmo como uma forma mais justa de avaliação.

Em relação às evidências de validade dos instrumentos, Cho e Compton (2015) ressaltam a importância da validade incremental de testes de aprendizagem na metodologia dinâmica, de forma a explicar o desempenho acadêmico e a utilidade do teste. Ressalte-se ainda que os instrumentos nessa linha são importantes métodos que suprem as lacunas relacionadas com a investigação das evidências de validade com base no processo de resposta. Esse tipo de evidência de validade tem por objetivo elaborar modelos que possam explicar o processamento mental relacionado às respostas dos sujeitos às tarefas propostas e ao seu comportamento ao longo da realização do teste, possibilitando-se, assim, principalmente a compreensão dos erros dos sujeitos e de seu desempenho de forma mais ampla e completa (Reppold et al., 2015). Considera-se que esse tipo de avaliação tem melhor validade preditiva se comparado com testes estáticos, importante valor no prognóstico e prevenção, especialmente em crianças em fase de desenvolvimento (Mata & Calero, 2014).

A seguir serão apresentados alguns instrumentos assistidos, tanto no formato lápis-papel quanto computadorizados. Conforme se poderá observar, apresentam efetividade para mensurar o potencial de aprendizagem, principal evidência de validade para um teste assistido.

Instrumentos assistidos no formato lápis-papel

O formato lápis-papel é uma maneira de se referir aos testes que não são computadorizados, mas não necessariamente são compostos por esses dois elementos. Você pode ter um teste no qual o avaliando não utilize lápis ou caneta para responder, pois é o avaliador quem deve marcar as respostas do avaliando em uma folha. Da mesma forma, pode haver tarefas/itens que não são apresentadas de forma impressa em papel, mas, sim, em cartões, blocos de madeiras, etc. O formato lápis-papel é o mais comum quando se constrói um instrumento psicológico, até mesmo porque o uso de computadores ainda não é uma realidade acessível a todos e também não é a melhor forma de ferramenta para algumas populações. Somente nos últimos 10 anos é que os pesquisadores deram maior atenção ao desenvolvendo de *softwares* com a finalidade de ser um

meio para testes psicológicos. Nesse cenário, também se encontram os instrumentos assistidos. Neste tópico, serão descritos três instrumentos que são, até o momento, os mais utilizados nas pesquisas nacionais. Esses instrumentos foram os primeiros testes assistidos construídos especificamente para a população brasileira e são de autoria de pesquisadoras com extensa produção sobre esse tema, entre as quais estão as professoras Maria Beatriz Linhares e Sônia Enumo, as pioneiras da avaliação assistida no Brasil.

Os instrumentos assistidos são: Jogo de Perguntas de Busca com Figuras Geométricas (PBFG) (Linhares, 1996), Jogo de Perguntas de Busca com Figuras Diversas (PBFD) (Gera & Linhares, 1998) e Jogo de Perguntas de Busca com Figuras Geométricas para Deficientes Visuais (PBFG-DV) (Enumo & Batista, 2006). A base dos três testes são tarefas de problemas, por meio das quais são realizadas perguntas de busca e restrição de alternativas (*constraint – seeking questions*), procedimento utilizado para verificar a eficiência ou não de estratégias relevantes para formular questões que auxiliam na obtenção de informações, na análise de alternativas e na eliminação de dados irrelevantes para se chegar à resolução do problema (Linhares, Santa Maria, Escolano, & Gera, 1998).

Os três jogos são formados por cartões contendo figuras: o PBFG e o PBFD têm 20 cartões com oito figuras cada; o PBFG-DV tem quatro figuras cada, destinadas a deficientes visuais. São cartões texturizados para que o indivíduo possa, por meio da textura, identificar as figuras. A tarefa da criança é descobrir a figura-alvo escolhida pelo avaliador. Para isso, deverá elaborar perguntas para obter informações e chegar na resposta correta. As fases que compõem os jogos são:

1. **preliminar:** verifica o conhecimento do avaliando sobre os atributos dos cartões-cor, como tamanho, forma e textura (esse último no PBFG-DV);
2. **pré-teste:** o avaliando formula perguntas e tem como *feedback* somente sim ou não;
3. **assistência:** o avaliador fornece ajuda em relação às perguntas elaboradas pelo avaliando, não se limitando ao sim e não;
4. **manutenção:** o avaliando realiza a tarefa sem ajuda;
5. **transferência:** o avaliando deve responder a outro procedimento avaliativo, mas sem ajuda.

Instrumentos assistidos no formato computadorizado

Como relatado anteriormente, o teste assistido via computador é uma modalidade que pode auxiliar, com maior efetividade, a mensuração do potencial de aprendizagem. No geral, os instrumentos na versão informatizada estão sendo uma tendência crescente na avaliação psicológica internacional e nacional, tornando-se uma alternativa mais econômica na maior parte dos casos, em relação ao tempo e aos recursos, reduzindo ao máximo os erros de aplicação e mensuração (Joly & Reppold, 2010). Aqui serão apresentados três testes assistidos construídos com base na teoria da avaliação assistida: Avaliação Dinâmica do Raciocínio Indutivo da Inteligência Fluida (Gfri) (Primi, Sternberg, & Grigorenko, 1997); Teste Dinâmico Informatizado de Raciocínio Indutivo para Crianças (TEDRI) (Muniz, Seabra, Primi, & Miguel, 2007) e Teste Informatizado e Dinâmico de Escrita (TIDE) (Joly, Schiavoni, Agostinho, & Dias, 2015).

O Gfri, elaborado para avaliar o raciocínio indutivo em universitários ou indivíduos a partir dos 15 anos, é inteiramente informatizado e com o objetivo de minimizar as intervenções de um

mediador, sendo que a interação é somente indivíduo-computador. A sessão de aplicação é dividida em seis fases, quais sejam: identificação, instruções, avaliação inicial (Forma A, 12 itens), treinamento, avaliação final (Forma B, 12 itens com *feedback*) e resumo dos resultados. No início da aplicação, há instruções para que o sujeito compreenda como realizar o teste. Em seguida, inicia-se o pré-teste no formato estático, mas a pessoa tem a possibilidade de desfazer as escolhas e também de utilizar um recurso para eliminar as alternativas que julgue incorretas. Ao término dessa fase, inicia-se o treinamento, que explica a estrutura dos problemas. Então, são fornecidas informações sobre a composição dos problemas (número de elementos, regras e tipo de regras e complexidade perceptual) e sobre os passos do raciocínio analógico de acordo com o modelo de Sternberg (1977), isto é, codificação, inferência, mapeamento, aplicação e resposta. Posteriormente, há a avaliação final, a qual conta com 12 itens semelhantes à fase de avaliação inicial. Todavia, nesse momento é dado um *feedback* ao indivíduo informando o número de elementos, o número de regras e a complexidade perceptual, além de mostrar se a resposta está incorreta e o que ele acertou, cabendo ao avaliando descobrir o que falta para acertar a resposta correta. Nessa fase, a pontuação é proporcional à quantidade de tentativas usadas para acertar o item, que são no máximo três. Ao término, o avaliado pode visualizar seu desempenho comparado com o de outras pessoas que já responderam. Estudos com esse teste constataram melhora no desempenho entre o pré e o pós-treino, o que indica a efetividade para mensurar o potencial de aprendizagem do construto mensurado.

O TEDRI (Muniz et al., 2007) teve como referência metodológica o Gfri, tanto que o construto avaliado igualmente é o raciocínio indutivo, mas se destina a crianças de 6 a 11 anos. Assim como o Gfri, o TEDRI foi desenvolvido para não necessitar da intervenção de um mediador e é constituído por pré-teste (avaliação estática com 12 itens/avaliação de base), intervenção (ensino sobre como raciocinar indutivamente) e pós-teste (12 itens no formato estático e semelhante aos do pré-teste que avaliam a efetividade do ensino e o potencial de aprendizagem ao comparar o desempenho do indivíduo entre pré e pós-teste). O conteúdo da intervenção é sempre o mesmo para todos os sujeitos, com a mesma quantidade de tempo. As tarefas são apresentadas aos avaliandos uma por vez (escritas na tela do computador e por meio de áudio) e sempre há quatro alternativas possíveis de resposta. Antes do pré-teste, há três itens exemplos para o indivíduo compreender como deve realizar as tarefas. Na etapa de intervenção, é ensinado como pensar indutivamente. Primeiro, há uma explicação teórica com auxílio de figuras para mostrar que as coisas têm relações entre si (base do raciocínio indutivo) e, em seguida, há o ensino de como pensar indutivamente, mostrando caminhos a serem realizados para efetivar esse raciocínio, também com auxílio de figuras. A correção é realizada subtraindo-se a pontuação do pós-teste e do pré-teste. O instrumento apresenta propriedades psicométricas bem estabelecidas, com boa precisão e evidências de que avalia o potencial de aprendizagem e está relacionado com variáveis como atenção, raciocínio e flexibilidade cognitiva. O teste ainda não apresenta normatização (Muniz et al.,2015).

Como último instrumento a ser apresentado no presente capítulo, tem-se o TIDE (Joly et al., 2015), que objetiva avaliar o potencial de aprendizagem em escrita narrativa de adolescentes. É constituído por um modelo de avaliação aliado a instruções relacionadas com a produção textual. É composto por pré-teste, em que se observa o desempenho dos sujeitos na escrita de um texto narrativo. É seguido por um módulo instrucional, que contempla estratégias para a aprendizagem da escrita de textos considerando personagens, cenário, situação ou problema, resposta ao problema, ação, reação dos personagens e solução de problemas. Por fim, o pós-teste refere-se à

avaliação do texto reformulado após instrução. Ainda, considera-se o número de palavras, os tipos de erros ortográficos encontrados, a sequência lógica desenvolvida ao longo do texto (início, desenvolvimento e fim) e a relação do título “Herói por um dia” com o conteúdo escrito. O estudo preliminar de Joly e colaboradores (2015) sugere que o TIDE é um instrumento com evidências de validade para a avaliação da escrita, apresentando relevância científica e importante contribuição para a avaliação psicoeducacional.

Sistema informatizado dinâmico de avaliação psicológica

O Sistema Informatizado Dinâmico de Avaliação Psicológica (Sindapsi) (Oliveira & Paula, 2014) não é um teste assistido, mas, sim, um sistema informatizado para que provas assistidas possam ser adaptadas ou construídas especificamente para esse sistema. Trata-se de um *software* que comporta diversos testes assistidos para serem aplicados, via essa ferramenta, nos indivíduos a serem avaliados. Esse sistema também tem como característica ser uma tecnologia assistida e foi elaborado para possibilitar maior acessibilidade a pessoas com deficiência – no caso em particular, com comprometimentos motores. O *software* permite que os instrumentos sejam configurados de forma a precisar ou não do mediador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo teve como objetivo contribuir para a discussão sobre a avaliação da inteligência, um dos focos de interesse deste livro, e apresentar a avaliação do construto sob a perspectiva da avaliação assistida. Como visto, a metodologia assistida apresenta-se como um método complementar às testagens tradicionais, propiciando uma avaliação mais pormenorizada da inteligência e dos aspectos cognitivos, procurando identificar as possíveis dificuldades e se atentando para o potencial de desenvolvimento cognitivo do sujeito. Essa abordagem, também denominada avaliação dinâmica, favorece a observação de outros comportamentos que possam interferir no processo de aprendizagem, como a falta de motivação (Turrini et al., 2010), como pode ser verificado por meio do procedimento ACAMI (Ferrão, 2007).

É uma metodologia extremamente útil em diversos contextos. No âmbito escolar, por exemplo, essas provas avaliativas fornecem informações que podem ser tidas como preparatórias para intervenções futuras, de forma que essas possam ser realizadas o mais precocemente possível (Tzuriel, 2000). Por conta de sua característica de avaliação do potencial de aprendizagem, é um método que tem sido cada vez mais valorizado no âmbito clínico e em pesquisa, pois possibilita a identificação de variações individuais e intragrupo em sujeitos com desenvolvimento típico ou deficiência intelectual. Pela possibilidade de avaliação do mesmo sujeito em momentos distintos, pode ser considerada como uma maneira mais justa de se compreender a inteligência e o funcionamento cognitivo. Por exemplo, crianças privadas de recursos materiais ou de contato com bons mediadores tendem a desenvolver a inteligência com menos possibilidades de potencializar suas capacidades. Nessas situações, é pertinente uma análise crítica desse contexto de socialização, que procure identificar o potencial dessas crianças se fosse a elas disponibilizada uma situação mais favorável de desenvolvimento, e nisso a avaliação assistida pode ajudar muito.

Apesar de seus méritos, trata-se de um método que ainda carece de maior atenção dos pesquisadores, especialmente no Brasil. A maioria das técnicas disponíveis nessa abordagem é destinada a crianças e adolescentes. No entanto, esse quadro deve ser em breve modificado, se considerada a importância do uso da metodologia em âmbito clínico e de pesquisa (Boosman et al., 2014). Trata-se de uma importante ferramenta que viabiliza o potencial de aprendizagem dos sujeitos e que permite que se conheça o processamento da informação por parte do sujeito durante a sua execução. Não à toa, é no contexto da avaliação assistida que são encontrados exemplos de instrumentos que apresentam evidências empíricas de validade incremental e de validade baseadas em processo de resposta. Cabe ressaltar que no Brasil temos avançado nessa área, mas ainda há muito a percorrer. Recomenda-se o livro *Crianças em risco de desenvolvimento e aprendizagem: atualizações e pesquisas na área de avaliação assistida*, publicado pelas autoras Enumo, Dias e Paula (2014) no qual se podem encontrar diversas pesquisas e tendências da temática em nosso país e o levantamento de toda a publicação nacional de artigos (28), dissertações (9) e teses (7), capítulos (18) e livros (4), entre o período de 1995 e 2011.

REFERÊNCIAS

Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F. & Duarte, J. L. M. (1999). *Manual. Matrizes progressivas coloridas de Raven: escala especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Aravena, S., Tijms, J., Snellings, P., & van der Molen, M. W. (2016). Predicting responsiveness to intervention in dyslexia using dynamic assessment. *Learning and Individual Differences*, *49*, 209-215.

Boosman, H., Bovend'Eerdt, T. J., Visser-Meily, J., Nijboer, T. C., & Heugten, C. M. (2014). Dynamic testing of learning potential in adults with cognitive impairments: A systematic review of methodology and predictive value. *Journal of neuropsychology*, *10*(2), 186-210.

Brouwers, S. A., & van de Vijver, F. J. (2015). Contextualizing intelligence in assessment: The next step. *Human Resource Management Review*, *25*(1), 38-46.

Campos, C. R., & Nakano, T. D. C. (2012). Produção Científica Sobre Avaliação da Inteligência: O Estado da Arte. *Interação em Psicologia*, *16*(2), 271-282.

Carlson, J. S., & Wiedl, K. H. (1992). The dynamic assessment of intelligence. In: H.C. Haywood, & D.Tzuriel. (Eds) *Interactive Assessment. Disorders of Human Learning, Behavior, and Communication*. (pp. 167-186). New York: Springer..

Cho, E., & Compton, D. L. (2015). Construct and incremental validity of dynamic assessment of decoding within and across domains. *Learning and Individual Differences*, *37*, 183-196.

Enumo, S. R. F., & Batista, C. G. (2006). Jogo de perguntas de busca com figuras geométricas para crianças com deficiência visual (PBFG-DV). In M. B. M. Linhares, A. C. M. Escolano, & S. R. F. Enumo (Eds.), *Avaliação Assistida: Fundamentos, Procedimentos e Aplicabilidade* (pp.69-78). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Enumo, S. R. F., Dias, T. L., & Paula, K. M. P. (Orgs.). (2014). *Crianças em risco de desenvolvimento e aprendizagem: atualizações e pesquisas na área da avaliação assistida*. Curitiba: Juruá.

Fabio, R. A. (2005). Dynamic assessment of intelligence is a better reply to adaptive behavior and cognitive plasticity. *The Journal of general psychology*, *132*(1), 41-66.

Ferrão, E. S. (2007). *Fatores afetivo-motivacionais e comportamentais do desempenho de crianças em provas assistidas: uma proposta de avaliação*. Tese de doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade federal do Espírito Santo, Vitória.

Feuerstein, R., Rand, Y. A., & Hoffman, M. B. (1979). *The dynamic assessment of retarded performers: The learning potential assessment device, theory, instruments, and techniques.* Scott Foresman and Company.

Feuerstein, R., Rand, Y., Hoffman, M. B. & Miller, R. (1980). *Instrumental Enrichment: An Intervention Program for Cognitive Modifiability*. Glenview: Scott, Foresman and Company.

Gera, A. A. S. & Linhares, M. B. M. (1998). Estratégias de perguntas de busca de informações na resolução de problemas em criança com e sem queixa de dificuldade de aprendizagem (Resumo). *Resumo de Comunicações da Reunião Annual de Psicologia*. Sociedade Brasileira de Psicologia, Ribeirão Preto, 28.

Grigorenko, E. L. (2009). Dynamic assessment and response to intervention: Two sides of one coin. *Journal of Learning Disabilities*, *42*(2), 111–132.

Grigorenko, E. L., & Sternberg, R.J (1998). Dynamic Testing. *Psychological Bulletin*, *124*(1), 75-111.

Haywood, H. C., & Tzuriel, D. (2002). Applications and challenges in dynamic assessment. *Peabody Journal of Education, 77*(2), 40-63.

Joly, M. C. R. A., & Reppold, C. T. (2010). *Testes informatizados para a avaliação psicológica e educacional.* [E-book]. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Joly, M. C. R. A., Schiavoni, A., Agostinho, A., & Dias, A.S. (2015). Avaliação dinâmica e produção textual: evidências de validade para o TIDE no fundamental II. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, 15*(1), 50-62.

Laros, J. A., Valentini, F., Gomes, C. M. A., & Andrade, J. M. (2014). Modelos de inteligência. In A. G. Seabra, J. A. Laros, E. C. Macedo., & N. Abreu (Orgs), *Inteligência e funções executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica* (pp.17-38). São Paulo: Memnon.

Linhares, M. B. M. (1996). Avaliação assistida de crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. *Temas em Psicologia, 4*(1), 17-32.

Linhares, M. B. M., Escolano, A. C. M., & Enumo, S. R. F. (2006). Avaliação Assistida: fundamentos teórico-conceituais e contribuições. *Avaliação assistida: fundamentos procedimentos e aplicabilidade* (pp. 15-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Linhares, M. B. M., Santa Maria, M. R., Escolano, A. C. M., & Gera, A. A. S. (1998). Avaliação assistida: uma abordagem promissora na avaliação cognitiva de crianças. *Temas em Psicologia, 6*(3), 231-254.

Mata, S., & Calero, M. D. (2014). Dynamic assessment: the Spanish version of the application of cognitive functions scale. *The Spanish journal of psychology*, *17*, E89.

Moore-Brown, B., Huerta, M., Uranga-Hernandez, Y., & Peña, E. D. (2006).Using dynamic assessment to evaluate children with suspected learning desabilities. *Intervention in School and Clinic, 41*(4), 209-217.

Muniz, M., Seabra, A. G., & Primi, R. (2008). *Teste de raciocínio indutivo para crianças-TRIC-Formas A e B.* Itatiba, SP: Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional, Universidade São Francisco.

Muniz, M., Seabra, A. G., & Primi, R. (2015). The relationship between learning potential and academic performance: Prediction by the Dynamic Assessment Approach of children's inductive reasoning. *Estudos de Psicologia*, *32*(3), 343-356.

Muniz, M., Seabra, A. G., Primi, R., & Miguel, F. K. (2007). *Teste dinâmico informatizado de raciocínio indutivo para crianças* (TEDRI). Itatiba: Universidade São Francisco.

Murphy, R. (2011). *Dynamic assessment, intelligence and measurement*. John Wiley & Sons.

Nisbett, R. E., Aronson, J., Blair, C., Dickens, W., Flynn, J., Halpern, D. F., & Turkheimer, E. (2012). Intelligence: New Findings and Theoretical Developments. *American Psychologist*, *67*(2), 130-159.

Oliveira, J. D. V., & Paula, K. M. P (2014). Desenvolvimento de um software para avaliação

assistida computadorizada. In S. R. F., Enumo, T. L. Dias, & K. M. P. Paula (Orgs.), *Crianças em risco de desenvolvimento e aprendizagem: atualizações e pesquisas na área da avaliação assistida* (pp. 187-203). Curitiba: Juruá.

Primi, R., Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (1997) *Experimental Software for Dynamic Assessment of Fluid Reasoning* [Computer Software]. New Haven: Authors.

Queiroz, O. A. D., Enumo, S. R. F., & Primi, R. (2013). Desempenho de crianças com e sem necessidades especiais em provas assistidas e psicométricas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, *19*(3), 425-446.

Reppold, C. T., Gomes, C. M. A., Seabra, A. G., Muniz, M., Valentini, F., & Laros, J. A. (2015). Contribuições da psicometria para os estudos em neuropsicologia cognitiva. *Psicologia: teoria e prática*, *17*(2), 94-106.

Resing, W. C., Touw, K. W., Veerbeek, J., & Elliott, J. G. (2017). Progress in the inductive strategy-use of children from different ethnic backgrounds: a study employing dynamic testing. *Educational Psychology, 37*(2), 173-191.

Shamir, A., & Tzuriel, D. (2004). Children's mediational teaching style as a function of intervention for cross-age peer-mediation. *School Psychology International*, *25*(1), 58-97.

Sternberg, R. J. (1977). A component process in analogical reasoning. *Psychological Review*, *84*(4), 353-378.

Sternberg, R.J. (2000). *Psicologia cognitiva*. (Maria Regina Borges Osório, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Stevenson, C. E., Hickendorff, M., Resing, W. C., Heiser, W. J., & de Boeck, P. A. (2013). Explanatory item response modeling of children's change on a dynamic test of analogical reasoning. *Intelligence*, *41*(3), 157-168.

Teo, A., & Jen, F. (2012). Promoting EFL students' inferential reading skills through computerized dynamic assessment. *Language Learning & Technology*, *16*(3), 10-20.

Tiekstra, M., Minnaert, A., & Hessels, M. G. (2016). A review scrutinising the consequential validity of dynamic assessment. *Educational Psychology*,*36*(1), 112-137.

Turrini, F. A., Enumo, S. R. F., Ferrão, E. D. S., & Monteiro, R. N. (2010). Comportamentos afetivo-motivacionais durante prova assistida diferenciam pré-escolares nascidos prematuros e com baixo peso dos nascidos a termo. *Psicologia: teoria e prática*, *12*(2), 158-172.

Tzuriel, D. (2000). Dynamic assessment of young children: Educational and intervention perspectives. *Educational Psychology Review*, *12*(4), 385-435.

Tzuriel, D., & Shamir, A. (2002). The effect of mediation in computer assisted assessment. *Journal of Computer Assisted Learning*, *18*, 21-32.

Vygotsky, L. (1978). Interaction between learning and development. *Readings on the development of children*, *23*(3), 34-41.

10.1

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA INTELIGÊNCIA E DA PERSONALIDADE

Cleonice Alves Bosa

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) define o transtorno do espectro autista (TEA) como uma condição caracterizada por déficits na comunicação social e nas interações sociais e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, que ocorrem desde os primeiros anos de vida (Zanon, Backes, & Bosa, 2016) e tendem a ser persistentes em contextos diferentes. Há -comprometimento clinicamente significativo no funcionamento social e profissional, entre outras áreas da vida do indivíduo, que não é explicado por um eventual atraso no desenvolvimento ou pela deficiência intelectual (DI), a qual tende a ocorrer na maioria dos casos (American Psychiatric Association [APA], 2013/2014).

Ainda que a avaliação da área social e comportamental por meio de instrumentos diagnósticos especificamente desenvolvidos para essa finalidade seja o foco principal do psicodiagnóstico (Backes, Monego, Bosa, & Bandeira, 2014), é de fundamental importância a avaliação concomitante de outros aspectos da vida do indivíduo. A justificativa para esse argumento é a de que entre os fatores de risco mais importantes para o prognóstico no contexto do TEA estão a presença ou a ausência de DI, comprometimento da linguagem e outros problemas de saúde (APA, 2013/2014). A epilepsia, por exemplo, pode estar associada a comprometimentos significativos na inteligência, sobretudo em sua faceta verbal. Também são identificados fatores de risco ambientais (p. ex., idade parental avançada, baixo peso ao nascer e exposição fetal a ácido valproico) e genéticos (Rutter, 2011).

Quanto ao estudo das influências genéticas sobre o autismo, uma importante área é aquela que investiga traços característicos do TEA em familiares de indivíduos com o transtorno – o chamado fenótipo ampliado do autismo (FAA) (Losh, Childress, Lam, & Piven, 2008). Essa área

trouxe importante conhecimento para um aspecto que tem recebido menor atenção ao longo dos anos: o que trata da avaliação da personalidade em TEA. Isso é possível porque, ao identificar alguns traços de personalidade em pais e mães de indivíduos com autismo, assume-se que esses traços parecem corresponder, em algum nível, aos encontrados no TEA, representando, em parte, o fenótipo ampliado. Esses traços referem-se, mais especificamente, à tendência ao retraimento social bem como à rigidez comportamental.

O foco na avaliação da inteligência e do FAA, com ênfase nos aspectos da personalidade, entre outras áreas, auxilia não apenas na elucidação diagnóstica e na compreensão do funcionamento do indivíduo, mas também na tomada de decisões acerca de sua vida, incluindo o planejamento de uma intervenção com base nas dificuldades e nos potenciais identificados no psicodiagnóstico. O DSM-5 recomenda que as intervenções sejam definidas de forma individual e mediante a discussão de prioridades e metas pessoais (APA, 2013/2014).

Desse modo, o objetivo deste capítulo é apresentar as principais características do perfil de inteligência em indivíduos com suspeita de TEA e do fenótipo ampliado familiar por meio do exame dos traços de personalidade.

O PERFIL DE INTELIGÊNCIA EM TEA

De acordo com o DSM-5, a gravidade das alterações de comunicação social e de comportamentos restritos e repetitivos de pessoas com TEA está fortemente associada ao grau de comprometimento intelectual da pessoa (APA, 2013/2014). O desempenho intelectual revelado nas medidas comumente utilizadas se distribui em um *continuum* que vai do mais baixo ao acima da média da população geral. Contudo, mesmo aquelas pessoas com funcionamento intelectual equivalente à média ou acima da média tendem a apresentar prejuízos no funcionamento psicossocial, especialmente na adolescência e na idade adulta, devido ao impacto dos sintomas no funcionamento adaptativo do indivíduo.

A American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) estabelece as diretrizes para a definição dessas deficiências e para a prática diagnóstica e de tratamento. De acordo com essas diretrizes, a DI se caracteriza por limitações significativas no funcionamento intelectual (p. ex., raciocínio, aprendizagem e resolução de problemas) e no comportamento adaptativo (p. ex., habilidades sociais e práticas cotidianas) (Schalock et al., 2010). O DSM-5 (APA, 2013/2014) complementa essa definição ao ressaltar que a mensuração da inteligência deve ser realizada por meio de testes padronizados. Se forem originalmente desenvolvidos em uma cultura diferente daquela em que a avaliação ocorre, os testes deverão ser submetidos a um processo de validação por meio de adaptação cultural e exame rigoroso das propriedades psicométricas. É importante enfatizar que o diagnóstico de DI deve incluir não apenas o quociente intelectual (QI) abaixo da média, mas também um déficit funcional significativo em diversas áreas do desenvolvimento (APA, 2013/2014; Schalock et al., 2010).

No caso de indivíduos com TEA, o tipo de teste escolhido pode influenciar o desempenho nas tarefas, sobretudo por causa do perfil comportamental e do nível de linguagem correspondente. Por exemplo, tarefas que requerem a compreensão de instruções verbais e resposta verbal não são adequadas para crianças com linguagem oral limitada. Isso não significa que a criança não possa ser avaliada por meio de testes psicométricos, mas que a natureza da tarefa deve levar essa limitação em consideração, optando-se por tarefas não verbais que permitam respostas motoras (p. ex., apontar). De forma semelhante, crianças com TEA que sejam também excessivamente agitadas podem ter dificuldade em ser avaliadas em tarefas que envolvam permanecer sentadas e posição postural adequada para o desempenho da tarefa (p. ex., testes gráficos), demandando uma atitude flexível do avaliador. Ainda, pessoas com TEA, cujo perfil comportamental se caracterize por extrema rigidez, podem apresentar níveis muito elevados de ansiedade e desorganização comportamental em tarefas que exijam encaixes de peças de forma precisa e rápida (p. ex., tabuleiros) ou ainda tarefas com tempo cronometrado.

Há relatos de que indivíduos com DI se mostram pouco cooperativos durante a administração da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV) (Wechsler, 2013) e de que apresentam um melhor desempenho nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) (Mungkhetklang, Crewther, Bavin, Goharpey, & Parsons, 2016). Esses autores inclusive argumentam que os resultados obtidos com versões mais breves, utilizando testes não verbais, produzem resultados comparáveis aos do WISC-IV, com a vantagem de causar menos estresse e demandar menos tempo envolvido na administração. Outros demonstram que uma porcentagem maior de crianças é capaz de completar as MPCR, comparada à daquelas que respondem ao WISC-IV, e que o QI apresentado neste último teste pode ser subestimado no caso de crianças

com maior dificuldade linguística (Courchesne, Meilleur, Poulin-Lord, Dawson, & Soulières, 2015; Nader, Courchesne, Dawson, & Soulières, 2014).

Carreiro, Marino, Siqueira e Ribeiro (2017) fazem uma importante contribuição para a área clínica ao apontarem os maiores desafios para a avaliação da inteligência em crianças com TEA. Contudo, suas ponderações servem também para os casos de avaliação com adolescentes e adultos. Eles partem do princípio de que a avaliação é uma situação estruturada que requer interação social e algum modo de comunicação. Isso por si só já constitui um fator que dificulta a aplicação formal de testes, considerando-se que um dos principais indicadores de TEA é justamente um prejuízo significativo e global na área de comunicação e interação social. Do ponto de vista linguístico, os autores chamam a atenção de que os principais déficits variam muito, podendo ocorrer desde ausência total da fala até dificuldades quantitativas e qualitativas na linguagem expressiva e receptiva, incluindo a fala em eco (ecolalias) e linguagem literal (APA, 2013/2014). Como a criança precisa primeiro compreender as instruções, depois entender que é necessário emitir uma resposta e, finalmente, responder ao que é solicitado, os desafios são óbvios.

Os padrões restritos e repetitivos de comportamento que figuram como critério diagnóstico também dificultam a testagem, em função da ansiedade e da rígida insistência em determinados comportamentos. Se estas não forem manejadas adequadamente, podem distorcer os resultados, gerando desde um escore inadequado até a inviabilização da testagem. Porém, há muitas dúvidas sobre até que ponto as orientações contidas nos manuais dos testes podem ser modificadas.

Koegel, Koegel e Smith (1997) investigaram essa questão e concluíram que os resultados das crianças nos testes foram mais altos quando pequenas adaptações nos procedimentos padronizados foram realizadas para considerar as idiossincrasias de cada pessoa. A respeito disso, Carreiro e colaboradores (2017) buscaram na literatura orientações que podem facilitar a avaliação de crianças com TEA, entre elas:

1. estender o tempo de *rapport* antes da testagem para que a criança se familiarize com o procedimento;
2. permitir que o responsável acompanhe a testagem pelo menos no início da aplicação;
3. descobrir com os pais se a criança tem interesses específicos (com exceção dos perseverativos ou estereotipados) que possam ser usados como reforçadores;
4. aderir a intervalos ou a sessões mais breves;
5. dar as instruções de forma lenta e pausada;
6. chamar a criança pelo nome antes de iniciar a explicação da tarefa e garantir o contato visual com o avaliador, além de se certificar de que o material está dentro do campo de visão da criança e de que ela está olhando diretamente para ele;
7. incentivar a criança a não responder impulsivamente (convidá-la a parar e a analisar as opções apresentadas), direcionar o dedo da própria criança para os estímulos enquanto dá as instruções ou tocar levemente seu rosto em direção à tarefa (caso ela não olhe para a tarefa e não se retraia quando tocada).

Ainda, há relatos de administração das tarefas sem o uso de mesas (p. ex., no chão) (Koegel et al., 1997). Entretanto, é recomendável que qualquer alteração nas instruções padronizadas para a administração de um instrumento seja informada no laudo derivado da avaliação, assim como levada em conta na interpretação dos resultados (Carreiro et al., 2017). A justificativa é de que as

normas para a comparação do desempenho da criança são válidas se as condições de administração do teste forem similares àquelas em que o teste foi desenvolvido e validado. Portanto, modificações substanciais podem inviabilizar a adoção das normas, sendo preferível e ético uma descrição qualitativa acerca do desempenho do sujeito. Sugerimos que os pais também sejam esclarecidos sobre esse último aspecto, sobretudo se um deles estiver presente na avaliação. Esse cuidado valoriza a cooperação dos pais quanto à não interferência no procedimento e à compreensão dos resultados na entrevista de devolução. É comum os pais atribuírem o eventual baixo desempenho do filho à "forma" das instruções dadas pelo avaliador. Nesse caso, convém explicar que um dos objetivos do teste padronizado de inteligência é avaliar a posição da criança em relação à média das outras crianças da mesma faixa etária como um parâmetro de desenvolvimento, em uma dada habilidade. Portanto, não *necessariamente* reflete o potencial global da criança nem seu perfil de desempenho em situações do cotidiano.

Especificamente sobre o perfil do desempenho em testes que avaliam a inteligência na área do TEA, são bem documentadas diferenças que podem ocorrer entre as áreas verbal e de execução no WISC-IV (Nader et al., 2014; Rutter, 2011), e essa discrepância tende a distinguir o TEA da DI. Os escores do Índice de Organização Perceptual do WISC-IV são em geral coerentes com os obtidos nas MPCR, o que pode ser explicado pelas modificações realizadas no WISC-IV. Foram adicionadas tarefas que avaliam inteligência fluida e habilidades visuoespaciais, sendo que o subteste Raciocínio Matricial contém uma matriz que, de forma análoga ao Raven, precisa ser adequadamente completada. Desse modo, o Índice de Organização Perceptual parece ser o que melhor captura a capacidade intelectual de crianças com TEA no WISC-IV, bem como Vocabulário e Semelhanças (Oliveras-Rentas, Kenworthy, Roberson, Martin, & Wallace, 2012). Por outro lado, as habilidades de maior prejuízo tendem a ser o Índice de Velocidade de Processamento e o de Compreensão, provavelmente em função das dificuldades comunicativas no caso do primeiro e das demandas de compreensão de situações sociais no último.

Carreiro e colaboradores (2017) relatam o desenvolvimento de um protocolo cujo objetivo foi o de investigar a ocorrência de DI nos indivíduos com TEA e caracterizar o nível de funcionamento intelectual dos alunos com necessidades educativas especiais (NEE) do ensino fundamental I e II, em uma cidade do interior de São Paulo. Nesse protocolo, o WISC-IV é aplicado em crianças a partir de 6 anos que apresentam linguagem oral, caso contrário a escolha é pelas MPCR. Já para crianças menores, a utilização do SON-R 2½-7 (Macedo et al., 2013) tem se mostrado útil porque as instruções e o registro das tarefas independem da linguagem oral ou escrita. Além disso, os autores justificam que o emprego de exemplos em cada subteste e de correção de execução propicia uma aprendizagem ao longo do teste que parece facilitar a adesão por parte da criança.

Borges, Trentini, Bandeira e Dell'Aglio (2008) realizaram um estudo de revisão da literatura sobre a avaliação neuropsicológica dos déficits cognitivos associados aos transtornos psicológicos na infância e na adolescência. A maioria dos trabalhos com foco em TEA identificou déficits executivos e na memória, assim como alterações nos processos atencionais (Fan, 2013; Mutreja, Craig, & O'Boyle, 2015). Um desses estudos buscou não apenas investigar um possível comprometimento na função executiva (FE), mas identificar quais componentes executivos apresentariam maior comprometimento (Czermainski, Bosa, & Salles, 2014), especialmente em tarefas que avaliam inibição, planejamento e flexibilidade cognitiva. As autoras chamaram a atenção para a variabilidade de desempenho do funcionamento executivo dessa população clínica decorrente das diferenças sintomatológicas e desenvolvimentais dessas

pessoas. Esses resultados, tomados em conjunto, demonstram que as medidas em que a tarefa demanda flexibilidade cognitiva ou velocidade psicomotora tendem a revelar comprometimentos mais significativos associados ao TEA.

O teste das Figuras Complexas de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010) também tem sido utilizado para avaliar o estilo cognitivo e a organização perceptual de estímulos visuais em indivíduos com TEA. Os resultados de Tsatsanis, Noens Illmann, Pauls, Volkmar, Schultz e Klin (2011) demonstraram uma tendência à dificuldade na percepção da integração de partes em um conjunto coerente e complexo, com predomínio da percepção de detalhes sobre a figura global nesses sujeitos.

Finalmente é importante lembrar que há casos cuja gravidade impede a avaliação intelectual com testes psicométricos. Nesses casos, se as tentativas iniciais desse tipo de avaliação forem improdutivas e/ou muito estressantes para a criança, pode-se decidir por uma observação clínica. As interpretações das informações qualitativas oriundas da hora lúdica, por exemplo, podem ser igualmente informativas e profícuas quando conduzidas de forma adequada (ver Bosa, Zanon, & Backes, 2017).

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE

O uso de testes que avaliam a personalidade representa um grande desafio na área do TEA. Esse tipo de teste exige uma reflexão acerca dos próprios (e dos outros) estados mentais (sentimentos e pensamentos) e a ligação destes com a tendência a se comportar de um determinado modo em um conjunto de situações (Robinson, Howlin, & Russell, 2016). Em outras palavras, requer o desenvolvimento da cognição social (CS), cujo prejuízo é substancial em pessoas com TEA, pois o núcleo da CS são os processos mentais necessários às interações sociais. Esses processos envolvem perceber, interpretar e gerar respostas em contextos sociais, que dependem de uma série de habilidades, como percepção de emoções, conhecimento e percepção social, além da atribuição de estado mental (Adolphs, 2009; Pinkham et al., 2014).

Portanto, a escolha dos instrumentos depende do objetivo da avaliação e do nível de desenvolvimento global do indivíduo. A sua utilização tanto pode auxiliar quanto ser contraprodutiva, dependendo do sujeito. Testes projetivos, por exemplo, podem gerar respostas muito concretas, e os itens de escalas, por sua vez, podem ser compreendidos de forma muito literal. Durante a administração dos testes, pessoas com suspeita de TEA e com melhor habilidade cognitiva podem se mostrar cooperativas, mas também fazer comentários que à primeira vista podem parecer "irônicos" ou provocativos ao avaliador. Por exemplo, referir que os itens de uma escala são tolos ou "óbvios" ou ainda ter dificuldade em pensar hipoteticamente sobre as situações descritas nos itens.

Tarefas que envolvam desenhos podem resultar em produções bastante elaboradas, mas pouco informativas acerca do funcionamento mental do sujeito por se tratarem de meras cópias, exigindo muita cautela na sua interpretação. Por outro lado, a simples oferta de uma folha em papel em branco com instruções vagas ou ambíguas para uma determinada tarefa (p. ex., desenho livre) pode provocar reações intensas porque o desenho livre é uma forma de linguagem espontânea, o que remete ao núcleo de dificuldades no TEA. Compreender todas essas reações como uma possível expressão da dificuldade de lidar com os aspectos mais complexos da linguagem e da interação social, assim como da falta de compreensão sobre os objetivos subjacentes aos testes pode auxiliar na relação cliente-avaliador e no manejo das situações.

Abordando-se especificamente o uso de instrumentos de personalidade, os temas que mais têm contribuído para a compreensão da etiologia do TEA são os que refletem o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), conhecida como FAA. Os avanços dos estudos nessa área têm auxiliado na compreensão do TEA, como características de personalidade, linguagem e comportamentos que refletem a expressão fenotípica de uma suscetibilidade genética para o desenvolvimento do TEA (Davidson et al., 2012). Em linhas gerais, os traços de personalidade associados ao FAA referem-se às seguintes áreas do desenvolvimento e da personalidade: interação social (interesse/participação e benefícios nas relações interpessoais); linguagem pragmática (aspectos sociais da linguagem, comunicação efetiva e também conversa fluida e recíproca); e rigidez (interesse em mudanças e habilidade de ajustamento às mudanças) (Hurley, Losh, Parlier, Reznick, & Piven, 2007).

Conceitualmente, o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) (McCrae & Costa Jr., 2013) pode ser útil na compreensão dos achados nessa área porque o foco da ciência da personalidade são os padrões comportamentais *socialmente significativos*, o que remete diretamente a fenômenos centrais no autismo, tais como os déficits na interação social e na comunicação.

Desse modo, o conhecimento gerado pelas pesquisas com esse modelo auxilia a delimitar as medidas mais adequadas para a avaliação da personalidade em indivíduos com suspeita de TEA e suas famílias.

Conforme esse modelo, a personalidade de qualquer pessoa pode ser definida segundo as coordenadas traçadas por cinco dimensões: Neuroticismo, Extroversão, Socialização, Realização e Abertura à Experiência. Além do mais, o estudo de Yamagata e colaboradores (2006) indica que o FFM reflete uma estrutura genética e biológica da personalidade, tornando-o coerente com as pesquisas sobre o FAA e seu fundamento genético.

Considerando que existe um consenso estabelecido entre os estudiosos da personalidade, postulando que o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) fornece importantes evidências acerca da variação das dimensões da personalidade humana (McCrae & John, 1992), encontrar correlatos entre as dimensões do CGF com as do FAA pode expandir as premissas desse modelo, sobretudo em sua interface com a área da genética do comportamento. A Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010), baseada nesse modelo, avalia as dimensões da personalidade a partir do modelo dos CGF: Extroversão (Nível de Comunicação, Altivez, Dinamismo-assertividade e Interações Sociais); Socialização (Amabilidade, Pró-sociabilidade e Confiança); Realização (Competência, Ponderação e Empenho); e Abertura (Abertura a Ideias, Liberalismo e Busca por Novidade) (Hutz et al., 1998; Silva & Nakano, 2011)

O estudo de Endres, Steyer, Schuch, Roman e Bosa (2015) com 20 genitores de pessoas com TEA investigou os correlatos entre traços de personalidade e o FAA por meio da BFP e da versão brasileira do Broad Autism Phenotype Questionnaire (BAPQ) (Hurley, Losh, Parlier, Reznick, & Piven, 2007): o BAPQ é um questionário autoadministrado, projetado para medir características específicas de personalidade e de linguagem, já postuladas como traços marcantes do FAA. As três dimensões do BAPQ (Interação Social, Linguagem Pragmática e Rigidez) fornecem índices quantitativos relevantes para os três domínios do TEA, presentes no DSM-IV.

Os resultados da BFP revelaram correlatos entre traços de personalidade e aqueles identificados no FAA, em particular nos fatores Extroversão, Realização e Abertura. No fator **Extroversão** (E), os escores da metade dos participantes revelaram baixos níveis desse fator, o qual por meio de suas diferentes facetas (Comunicação, Altivez, Dinamismo-assertividade e Interações Sociais) pode caracterizar indivíduos reservados, sóbrios, indiferentes, independentes e quietos. O fator **Realização** (Competência, Ponderação e Empenho/Comprometimento) caracterizou-se por altos níveis, quando contabilizadas todas as facetas dessa dimensão conjuntamente. Escores altos em Competência referem-se a pessoas que tendem a acreditar no seu potencial para realizar várias tarefas ao mesmo tempo, a gostar de atividades complexas e desafiantes e a ter clareza sobre seus objetivos de vida (Nunes et al., 2010). Já em relação ao subfator Ponderação, pessoas que apresentam altos escores tendem a ser mais ponderadas no que dizem e fazem, tentando controlar sua impulsividade ao resolver problemas. Por sua vez, pessoas que apresentam níveis altos na faceta Empenho/Comprometimento tendem a se dedicar às atividades profissionais/acadêmicas, gostam de obter reconhecimento por seu esforço, podem ser perfeccionistas, detalhistas e apresentar um alto nível de exigência (Nunes et al., 2010). Contudo, níveis muito altos nesse fator podem tomar a forma de rigidez, porque as pessoas tornam-se muito exigentes em relação ao seu desempenho, não tolerando/compreendendo possíveis erros/enganos. De fato, há evidências de que pais e mães de crianças com autismo tendem a apresentar altos traços de rigidez/perfeccionismo (Losh et al., 2008).

Os resultados obtidos em relação ao fator **Abertura** e as suas facetas (Abertura a Ideias,

Liberalismo e Busca por Novidade) indicaram baixos níveis nesse fator. Por definição, pessoas com baixos níveis de Abertura tendem a ser mais rígidas, convencionais nas suas crenças e atitudes, conservadoras nas suas preferências, além de serem menos responsivas emocionalmente. A faceta Abertura a Ideias (flexibilidade no que tange a posturas para posições filosóficas, arte, fotografia, estilos musicais, diferentes expressões culturais e uso da imaginação e fantasia) foi uma das que revelou maior número de participantes com baixos escores. Isso denota menor curiosidade para conhecer novos temas, maior conservadorismo e fidelidade a seus gostos artísticos, além de postura mais rígida quanto a conceitos (Nunes et al., 2010). Já a faceta Liberalismo descreve uma tendência à abertura para novos valores morais e sociais. Escores baixos nessa faceta envolvem pouco interesse por questões relativas a valores e conceitos sociais e crença de que valores sociais não devem ser modificados com o passar do tempo.

A última faceta do fator Abertura refere-se à Busca por Novidades. Esse item caracteriza pessoas que têm preferência por vivenciar novos eventos e novas ações. A tendência aos baixos níveis nessa faceta, encontrada no estudo, pode indicar desconforto com a quebra de rotina e a busca por novidades (Nunes et al., 2010). Esse fator e suas facetas parecem corresponder à dimensão Rigidez no que concerne ao BAPQ. Assim, esses achados convergem para os pressupostos de que pessoas com escores menores em Abertura tendem a adotar uma postura mais rígida, pela pouca flexibilidade diante de mudanças em geral.

A análise das correlações entre a BFP e o BAPQ também mostra o potencial de contribuição do Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) para a área do TEA, revelando uma coerência entre os resultados. Por exemplo, os achados foram de que, quanto maior o comprometimento da interação social, conforme o BAPQ, mais baixos os escores nas facetas Comunicação e Interação Social, referentes ao fator Extroversão da BFP, ou seja, maior tendência ao retraimento social (Endres et al., 2015). Ainda, quanto menor o comprometimento dos aspectos pragmáticos da linguagem, maior a competência (eficiência), a ponderação e a abertura. A comunicação social e linguagem pragmática são conceitos relacionados e sobrepostos muito úteis na descrição dos comportamentos comunicativos no TEA e no transtorno específico de linguagem (Ruser et al., 2007). Comunicação social refere-se à troca de informações abstratas e emocionais que acompanham o desenvolvimento linguístico, por meio de gestos, expressões faciais e prosódia. Essa habilidade implica um conhecimento de regras sociais de comunicação e compreensão da intencionalidade (Adolphs, 2009). Isso porque uma conversação fluida inclui a iniciação espontânea de tópicos na conversa, de modo a despertar e manter o interesse do interlocutor, trocar turnos durante as conversas, fazer uso adequado de referências, coerência, manutenção de tópico e adequação social dos enunciados a fim de manter a conversa consistente com o seu contexto social (Craig, 1993).

Ao esclarecer esses conceitos, também se facilita a compreensão dos resultados sobre a relação entre rigidez e aspectos sociais encontrada no estudo de Endres e colaboradores (2015). Coerentemente, quanto menor a rigidez (no BAPQ), maior a socialização (na BFP), uma vez que interagir socialmente envolve colocar-se no ponto de vista dos outros, compreender suas intenções e agir de forma flexível.

Alguns achados de pesquisa sugerem que pais e irmãos de indivíduos com TEA têm dificuldades significativas no uso da linguagem com propósitos sociais (pragmática) quando comparados a grupos-controle (Sucksmith, Roth, & Hoekstra 2011). Por outro lado, nem todos os estudos têm encontrado diferenças claras nas habilidades de comunicação e linguagem, se

comparados a grupos-controle clínicos e com desenvolvimento típico (Whitehouse, Coon, Miller, Salisbury, & Bishop, 2009).

Finalizando, os argumentos aqui apresentados sobre os traços de personalidade em pais e mães de crianças com autismo parecem corresponder, em algum nível, aos encontrados nos TEA. Desse modo, esses achados talvez possam contribuir tanto para a compreensão acerca da vulnerabilidade para o TEA quanto para as medidas que melhor capturem esses traços, com implicações para o psicodiagnóstico nessa população.

A conclusão deste capítulo é a de que a heterogeneidade na expressão fenotípica do TEA requer do avaliador um exame profundo sobre as características particulares de seus clientes e de suas famílias e muita cautela na escolha dos instrumentos e na interpretação das informações para uma tomada de decisões mais adequada.

REFERÊNCIAS

Adolphs, R. (2009). The social brain: neural basis of social knowledge. *Annual Review of Psychology*, *60*, 693-716.

American Psychiatric Association (APA). (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5a ed.). (M. I. C. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato, & S. M. M. da Rosa, trads.). Porto Alegre: Artmed. (Obra originalmente publicada em 2013).

Backes, B., Monego, B. G., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R (2014). Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: a systematic review of Brazilian studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *63*(2), 154-164.

Borges, J. L., Trentini, C. M., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância. *Psico-USF, 13*(1), 125-133.

Bosa, C., & Zanon, R. (2016). Psicodiagnóstico e Transtorno do espectro autista. Em C. Hutz, D. Bandeira, C. Trentini & J. Krug (Orgs.). *Psicodiagnóstico* (pp. 308-322). Porto Alegre: Artmed.

Bosa, C., Zanon, R., & Backes, B. (2017). Avaliação sociocomunicativa nos casos de suspeita de autismo: Diretrizes para a entrevista lúdica diagnóstica. In C. A. Bosa, & M.C. T. V. Teixeira (Orgs.), *Avaliação psicológica e neuropsicológica no transtorno do espectro autista.*

Carreiro, L. R. , Marino, R. L. F., Siqueira, A. R. C., & Ribeiro, A. F. (2017). Avaliação da Inteligência em Crianças com Transtorno do Espectro Autista. In C. A. Bosa, & M. C. V. Teixeira (Orgs.), *Avaliação Psicológica e neuropsicológica no Transtorno do Espectro Autista* (No prelo).

Courchesne, V., Meilleur, A.S., Poulin-Lord, M., Dawson, M., & Soulières, I. (2015) Autistic children at risk of being underestimated: school-based pilot study of a strength-informed assessment. *Molecular Autism*, *6*(12), 1-12.

Craig, E. (1993). *Why are there so many theories of communication*? Recuperado de http://mysite.dlsu.edu.ph/faculty/marianog/masscom/craig.pdf

Czermainski, F.R. Bosa, C. A., & Salles, J. F. (2014). Funções executivas em crianças e adolescentes com transtorno do espectro do autismo: uma revisão. *Psico (PUCRS)*, *44*(4), 518-525.

Davidson, J., Goin-Kochel, R. P., Green-Snyder, L. A., Hundley, R. J., Warren, Z., & Peters, S. U. (2014). Expression of the broad autism phenotype in simplex autism families from the Simons Simplex Collection. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(10), 2392-9.

Endres, R., Steyer, S., Schuch, J., Roman, T., & Bosa, C. (2015). O Fenótipo Ampliado do Autismo em genitores de crianças com Transtorno do Espectro Autista – TEA. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *31*(3), 285-292.

Fan, J. (2013). Attentional network deficits in autism spectrum disorders. In J. Buxbaum & P. Hof (Eds.), *The neuroscience of autism spectrum disorders*. Oxford: Academic Press Oxford.

Hurley, R. S. E., Losh, M., Parlier, M., Reznick, J. S., & Piven, J. (2007). The broad autism phenotype questionnaire. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *37*(9), 1679–1690.

Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. D., Serra, J., Anton, M., & Wieczorek, L. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*(2), 395-411.

Koegel, K. L., Koegel, R.L., & Smith, A. (1997). Variables related to differences in standardized test outcomes for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *27*(3*)*, 233-243.

Losh, M., Childress, D., Lam, K., & Piven, J. (2008). Defining key features of the broad autism phenotype: A comparison across parents of multiple- and single-incidence autism families. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics), 147B*, 424–433.

Macedo, E.C., Mecca, T.P., Valentini, F., Laros, J.A., Lima, R.M.F., & Schwartzman, J.S. (2013). Utilizando o teste não verbal de inteligência SON-R 2 ½ – 7 [a] para avaliar crianças com Transtornos do Espectro do Autismo. *Revista de Educação Especial*, *26*(47), 603-618.

McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five factor model and its applications. *Journal of Personality, 60*(2), 175-215.

McCrae, R. R., & John, O. P (2013). *Personality in Adulthood: A Five-Factor Theory Perspective.* New York: Routledge.

Mungkhetklang, C., Crewther, S.G., Bavin, E.L., Goharpey, N., & Parsons, C. (2016). Comparison of Measures of Ability in Adolescents with Intellectual Disability. *Frontiers in Psychology, 7*, 683.

Mutreja, R., Craig, C., & O'Boyle, M.W. (2015). Attentional network deficits in children with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, *19*(6), 389-397.

Nader, A., Courchesne, V., Dawson, M., & Soulières, I. (2016). Does WISC-IV underestimate the intelligence of autistic children*? Journal of Autism and Developmental Disorder, 46* (5), 1582-1589.

Oliveira, M.S., & Rigoni, M.S. (2010). *Figuras Complexas de Rey: Teste de Cópia e de Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveras-Rentas, R.E., Kenworthy, L, Roberson, R.B., Martin, A., & Wallace, G.L. (2012). WISC-IV profile in high-functioning autism spectrum disorders: impaired processing speed is associated with increased autism communication symptoms and decreased adaptive communication abilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(5), 655-64.

Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., & Harvey, P. D. (2014).The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. *Schizophrenia Bulletin, 40*(4), 813-823.

Robinson, S., Howlin, P., & Russell, A. (2016). Personality traits, autobiographical memory and knowledge of self and others: A comparative study in young people with autism spectrum disorder. *Autism, 21*(3), 357-367.

Ruser, T. F., Arin, D., Dowd, M., Putnam, S., Winklosky, B., Rosen-Sheidley, B., ... & Folstein, S. (2007). Communicative competence in parents of children with autism and parents of children with specific language impairment. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*(7), 1323-1336.

Rutter, M. (2011). Research Review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(6), 647–660.

Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., & Yeager, M.H. (2010). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of support*s (11th ed.). Washington: AAIDD.

Silva, I. B., & Nakano, T.C. (2011) Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica*, *10*(1), 51-62.

Sucksmith, E., Roth, I., & Hoekstra, R. A. (2011). Autistic traits below the clinical threshold: Re-examining the Broader Autism Phenotype in the 21st Century. *Neuropsycholy Review, 21*(4), 360–389.

Tsatsanis KD, Noens IL, Illmann CL, Pauls DL, Volkmar FR, Schultz RT, & Klin A. (2011). Managing complexity: impact of organization and processing style on nonverbal memory in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*(2):135-147.

Wechsler, D. (2013). *Escala Wechsler de Inteligência para crianças* – WISC-IV: adaptação brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Whitehouse, A. J. O., Coon, H., Miller, J., Salisbury, B., & Bishop, D. V. M. (2010). Narrowing the broader autism phenotype: a study using the Communication Checklist— Adult Version (CC-A). *Autism*, *14*(6), 559–574.

Yamagata, S., Suzuki, A., Ando, J., Ono, Y., Nobuhiko, K., Kimio, Y., & Jang, K. L. (2006). Is the genetic structure of human personality universal? A cross-cultural twin study from North America, Europe, and Asia. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*(6), 987-998.

Zanon, R., Backes, B., & Bosa, C. (2016). Diferenças conceituais entre resposta e iniciativa de atenção compartilhada. *Revista de Psicologia: Teoria e Prática* (Online), *17*(2), 78-90.

LEITURAS RECOMENDADAS

Alves, I.C.B., Duarte, J.L.M., Angelini, L., Duarte; W.F., & Custódio, E.M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial*. São Paulo, SP: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia – CETEPP.

Bolton, P. F., Carcani-Rathwell, I., Hutton, J., Goode, S., Howlin, P., & Rutter, M. (2011). Epilepsy in autism: features and correlates *The British Journal of Psychiatry*, *198*(4), 289-294.

Laros, J.A., Tellegen, P.J., Jesus, G.R., & Karino, C.A. (2015). *Teste não-verbal de inteligência: SON-R 2½-7[a] – adaptação brasileira.* São Paulo: Hogrefe.

10.2

INTELIGÊNCIA E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Flávia Wagner
Katiane Silva

A inteligência é um dos temas mais polêmicos e controversos em psicologia, pois não há consenso sobre o seu conceito, metodologia de estudo e estratégias de avaliação. Ao mesmo tempo, é um assunto muito discutido devido à sua relevância e ao seu impacto na funcionalidade dos indivíduos.

Ao falarmos em inteligência e sua associação com transtornos psiquiátricos, entramos em um terreno complexo de muitos questionamentos: existe ligação entre genialidade e loucura? O quociente de inteligência (QI) prediz transtornos psiquiátricos ou, ao contrário, ter algum transtorno leva ao deterioro cognitivo?

No presente capítulo, buscamos apresentar uma revisão teórica da inteligência e sua associação com os transtornos psiquiátricos, bem como fazer a transposição dos resultados encontrados à prática clínica. Iniciaremos com uma breve conceituação da perspectiva psicométrica da inteligência, que será adotada como base dos estudos utilizados. Em seguida, abordaremos a epidemiologia cognitiva como um importante campo de estudo a ser considerado na avaliação da inteligência. Apresentaremos também uma revisão de estudos que avaliam a associação entre inteligência pré-mórbida e transtornos psiquiátricos (em geral e em alguns dos transtornos mais comuns na prática clínica), discutindo a análise do funcionamento cognitivo como um fator de proteção para a saúde mental. Por fim, discorreremos sobre as implicações desses estudos na prática clínica, identificando focos de atenção a serem considerados no processo de avaliação da inteligência.

PERSPECTIVA PSICOMÉTRICA DA INTELIGÊNCIA

A inteligência pode ser concebida a partir de diferentes perspectivas teóricas. Neste capítulo, iremos nos deter em estudos que se basearam na perspectiva psicométrica da inteligência. Os estudos baseados na abordagem psicométrica investigam as diferenças entre as habilidades e as características dos indivíduos por meio de tarefas específicas. No caso da avaliação da inteligência, são avaliadas as diversas habilidades cognitivas (Deary, 2001). Os primeiros testes de inteligência foram desenvolvidos sem uma compreensão teórica mais elaborada do construto (Primi, 2003), respondendo a uma necessidade de diferenciar crianças que teriam dificuldade na escolarização regular e poderiam beneficiar-se de reforço. A partir dessa demanda, a primeira escala de inteligência foi proposta por Binet e Simon, composta por itens com diferentes níveis de dificuldade e considerando o número de acertos e a faixa etária do examinando (Almeida, 2002).

A partir do trabalho de Binet, inúmeros outros estudos foram desenvolvidos. Nos Estados Unidos, o advento da Primeira Guerra Mundial e a necessidade de avaliar jovens recrutas para o exército impulsionaram o desenvolvimento de testes psicométricos cada vez mais sofisticados, incluindo medidas que permitiam também a avaliação coletiva (Jones & Thissen, 2007). A partir dos inúmeros testes desenvolvidos e com os avanços nas técnicas de análise fatorial, os modelos teóricos também foram aperfeiçoados, sendo o modelo Cattell-Horn-Carroll (CHC) considerado o mais sofisticado até o momento (Primi, 2003). O modelo CHC pode ser considerado um modelo hierárquico, já que compreende a existência de fatores cognitivos organizados em diferentes níveis de generalidade, sendo alguns mais gerais ou comuns a várias tarefas e outros mais específicos (Almeida, 2002). Esse modelo compreende três níveis: um mais amplo, que corresponde à associação geral entre todas as capacidades cognitivas (o fator *g* de Spearman); e um segundo nível com fatores amplos representando capacidades mais específicas, que, por sua vez, formam um terceiro nível, composto por capacidades mais específicas avaliadas pelos testes de inteligência (Primi, 2003).

Tendo em vista a concepção hierárquica e os modelos teóricos mais atuais, sabemos que os testes psicométricos não abarcam todas as habilidades cognitivas, embora possamos considerar que algumas baterias desenvolvidas englobam um espectro amplo e importante dessas habilidades (Deary, 2001). Para a compreensão dos estudos que serão revisados neste capítulo, é importante ter em mente que diferentes instrumentos de avaliação da inteligência foram utilizados, alguns desenvolvidos ainda no início do século XX. A maior parte dos estudos considera como medida de inteligência um fator geral mais amplo, geralmente transformado em escores de QI, composto por tarefas que requerem diferentes habilidades cognitivas. No entanto, também é importante ressaltar a influência mais recente da psicologia cognitiva, que mudou o foco dos estudos para habilidades mais específicas (como atenção, memória e funções executivas) em detrimento do estudo da inteligência geral mais ampla. Embora uma revisão mais aprofundada dessas habilidades mais específicas não seja o objetivo deste capítulo, devemos considerar a influência do padrão de déficits relacionados a cada um dos transtornos que serão abordados, já que compõem a inteligência geral.

EPIDEMIOLOGIA COGNITIVA

A epidemiologia cognitiva é um campo da ciência que investiga o desempenho em testes de inteligência ou os escores em testes cognitivos como fatores de risco para a saúde geral e desfechos de doenças, incluindo a mortalidade (Deary & Batty, 2007). Uma revisão sistemática incluindo nove estudos de coorte indicou que, quanto maior o QI nas primeiras duas décadas de vida, menores as taxas de mortalidade em adultos e idosos (Batty, Deary, & Gottfredson, 2007). Embora haja evidência dessa associação, os mecanismos pelos quais ela ocorre ainda não são claros. Algumas teorias sobre essa associação são consideradas, mas ainda faltam estudos para comprovação. Algumas hipóteses para explicar a associação são:

1. o QI poderia representar um registro arqueológico de prejuízo orgânico;
2. o QI poderia ser um indicador da integridade orgânica;
3. o QI poderia assegurar, em conjunto com o acesso à educação, envolvimento com atividades profissionais que ocorrem em ambientes mais saudáveis;
4. o QI poderia estar associado a um maior comprometimento com comportamentos saudáveis.

Ainda, outra possibilidade plausível é chamada de “causalidade reversa”. Nesse caso, a presença de doenças ou transtornos estaria influenciando negativamente o desempenho em tarefas cognitivas (Deary & Batty, 2007).

INTELIGÊNCIA PRÉ-MÓRBIDA E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Além do estudo de doenças orgânicas, pesquisadores também têm investigado a associação entre a habilidade cognitiva pré-mórbida, ou seja, o funcionamento cognitivo antes de estabelecimento de um transtorno, e os diferentes quadros psiquiátricos. É importante ressaltar que estudos que têm por objetivo avaliar o funcionamento pré-mórbido geralmente utilizam delineamentos longitudinais. Por isso, esses estudos geralmente analisam dados de avaliações cognitivas anteriormente realizadas para fins específicos, como ingresso no exército, por exemplo. Também há estudos que têm como objetivo o seguimento de populações com uma característica específica, os chamados estudos de coorte.

Os resultados de investigações publicadas até o momento têm apontado para uma associação entre habilidade cognitiva e risco de apresentar alguma psicopatologia. Um estudo de coorte histórico analisando dados de recrutas suecos do sexo masculino avaliados no momento do ingresso no exército e após 27 anos indicou que escores mais baixos de QI estão associados a um maior risco de desenvolver esquizofrenia e outros quadros de psicose e depressão maior. No entanto, essa associação não ocorre quando é considerado o transtorno bipolar. Os resultados foram controlados para possíveis fatores confundidores, como diagnóstico psiquiátrico na avaliação pré-mórbida, uso de drogas, local de formação, idade paterna, comportamento disruptivo na infância, histórico familiar positivo de doença psiquiátrica e nível socioeconômico (por meio da ocupação paterna) (Zammit et al., 2004).

Outro estudo realizado a partir de avaliações cognitivas de jovens recrutas norte-americanos, todos do sexo masculino, analisou o risco de desenvolver cinco transtornos psiquiátricos na adultez (participantes estavam com uma média de 38 anos): depressão maior, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, abuso ou dependência de álcool e outras drogas. O diagnóstico foi realizado com base nos critérios do DSM-III. Os dados indicam que uma menor habilidade cognitiva está associada a maior risco de ter qualquer uma dessas patologias, mesmo após serem considerados o salário no exército, o local de serviço (dentro do país ou no Vietnã) e a etnia (Gale et al., 2008).

Na Dinamarca, outro estudo foi realizado envolvendo apenas homens, porém mais jovens (12 anos) e não relacionados ao exército. A presença de transtornos psiquiátricos nesses meninos foi investigada por meio da análise de baixas hospitalares devidas a transtornos psiquiátricos quando adultos. Essas informações foram coletadas até 2002, quando os participantes estariam com 49 anos. Os resultados corroboram a relação de que, quanto menor o QI, maiores as chances de apresentar um transtorno psiquiátrico. Foram encontrados casos de transtornos de ansiedade, personalidade, ajustamento, uso e abuso de substâncias, esquizofrenia e depressão, além de casos com diagnóstico inespecífico. Os resultados foram apenas atenuados quando controlados para classe social e peso ao nascer, mas continuaram estatisticamente significativos (Batty, Mortensen, & Osler, 2005).

Estudos longitudinais envolvendo tanto homens quanto mulheres também foram realizados. Na Inglaterra, dados de uma coorte de indivíduos nascidos em 1964 e avaliados aos 53 anos também indicam que uma maior habilidade cognitiva na infância está associada a menos sintomas de ansiedade e depressão em mulheres, mas a maior risco de abuso de álcool em ambos os sexos. Os sintomas foram avaliados por meio de instrumentos específicos. Os resultados foram ajustados para nível educacional, nível socioeconômico na infância e adultez, presença de

circunstâncias adversas na infância e adultez e comportamentos considerados pouco saudáveis, como fumar (Hatch et al., 2007).

A associação entre QI e presença de transtornos psiquiátricos também foi analisada na coorte de nascidos em 1972-73 em Dunedin, na Nova Zelândia. Os resultados também confirmam que um QI mais baixo na infância é um antecedente de vários transtornos psiquiátricos avaliados segundo critérios do DSM-IV, entre eles esquizofrenia, depressão maior e transtornos de ansiedade, predizendo também uma maior persistência e maiores níveis de comorbidade. Ao contrário, um QI maior pode estar associado com presença de episódios de mania, embora esse dado deva ser considerado com cautela, tendo em vista um número pequeno de casos com essa condição na coorte. Foram considerados nível socioeconômico na infância, intercorrências pré- e perinatais, baixo peso ao nascer e histórico de maus-tratos como variáveis confundidoras (Koenen et al., 2009).

Por fim, dados coletados para uma pesquisa longitudinal sobre saúde geral nos Estados Unidos, com avaliação inicial em 1979 e reavaliação aos 40 anos, também mostraram a associação entre QI e transtornos psiquiátricos. Melhores escores nos testes cognitivos na avaliação inicial estavam associados a menores índices de depressão, medida por um instrumento específico e pelo autorrelato. Outros transtornos foram avaliados apenas por meio de autorrelato e não houve associação entre inteligência e a presença desses transtornos. Os resultados foram controlados para idade, sexo e nível socioeconômico (Der, Batty, & Deary, 2009).

Os estudos apresentados nesta seção apontam para uma relação entre a inteligência pré-mórbida e a presença de transtornos psiquiátricos, podendo-se compreender a habilidade cognitiva geral como um fator de proteção para a saúde mental. Embora a revisão realizada não tenha sido exaustiva e os estudos apresentem limitações importantes, tais como critérios diagnósticos e instrumentos de medidas distintos e populações específicas como recrutas, esse tipo de delineamento é importante, pois permite analisar a capacidade cognitiva antes do estabelecimento do transtorno. Apesar de esse delineamento ser o mais adequado, é importante ressaltar que poucos dos estudos apresentados investigaram de fato a presença de sintomas subclínicos ou mesmo de transtornos na avaliação pré-mórbida.

Na próxima seção, iremos apresentar os principais estudos que analisam a relação entre a inteligência e quatro transtornos psiquiátricos: esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Para cada um desses transtornos, quando pertinente, buscaremos discutir como se dá essa relação do QI como um preditor da patologia e/ou o impacto do transtorno no funcionamento cognitivo. É evidente que essa relação ainda não está completamente elucidada, mas tal discussão tem grande importância tanto para a compreensão clínica e o planejamento da avaliação e do tratamento quanto para o avanço do entendimento dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos nos transtornos.

Especificidades do funcionamento cognitivo nos principais transtornos psiquiátricos

A revisão que se segue apresenta os principais resultados de metanálises e revisões sistemáticas relacionadas aos quatro transtornos já especificados anteriormente e definidos com base nos critérios diagnósticos dos manuais clínicos psiquiátricos – *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM) (APA, 2013/2014) e *Classificação internacional de doenças* (CID) (Organização Mundial da Saúde, 1993). Apesar disso, é preciso ter em mente que cada um

desses transtornos pode apresentar uma heterogeneidade importante, seja na apresentação clínica, no curso do transtorno, no padrão de comorbidades, na resposta ao tratamento, entre outros. Esse é um grande desafio encontrado tanto na pesquisa quanto na prática clínica e é inerente ao entendimento dessas patologias, sendo necessários estudos integrados que levem em consideração essa heterogeneidade.

Outra questão importante para a compreensão das pesquisas que serão discutidas é o entendimento do conceito atual de inteligência. Como discutido anteriormente, os modelos mais sofisticados de inteligência apresentam uma compreensão hierárquica, considerando os diferentes processos/habilidades cognitivas que contribuem para a expressão da capacidade cognitiva geral. Nesse sentido, apresentaremos também estudos que investigam funções específicas e que podem estar presentes nas baterias de avaliação de inteligência, influenciando no desempenho global dos pacientes.

Esquizofrenia e transtorno bipolar

Dados de diferentes estudos convergem para a presença de prejuízo cognitivo associado ao transtorno bipolar (TB) (Bora, Yucel, & Pantelis, 2009; Kurtz & Gerraty, 2009). Entretanto, há algumas divergências entre os autores quanto às funções específicas prejudicadas. Entre as funções estudadas, a maior parte dos trabalhos aponta para déficits em funções executivas, memória verbal, atenção, aprendizagem verbal e rapidez de processamento, com tamanho de efeito considerado de moderado a grande (Torres, Boudreau, & Yatham, 2007; Robinson et al., 2006). Pacientes com histórico longo de doença e maior número de internações apresentam maior prejuízo cognitivo, mesmo quando eutímicos, com impacto na adesão ao tratamento e no prognóstico (Martínez-Arán et al., 2004). Esses dados reforçam a importância de considerar o histórico da doença nas avaliações cognitivas.

No que diz respeito ao funcionamento cognitivo e esquizofrenia, pesquisas científicas apontam para alterações cognitivas importantes em cerca de 80% dos pacientes (Keefe & Fenton, 2007). Resultados de metanálises demonstraram que os pacientes apresentam pior desempenho, quando comparados a indivíduos saudáveis, nos seguintes domínios cognitivos específicos: QI, memória, linguagem, funções executivas e atenção (Fioravanti, Bianchi, & Cinti, 2012). Mais especificamente, foi encontrado pior desempenho nos testes que mediram memória e velocidade de processamento (Schaefer, Giangrande, Weinberger, & Dickinson, 2013). Além disso, são evidenciadas alterações cognitivas pré-mórbidas e em familiares de pacientes de primeiro grau (Dikson, Laurens, Cullen, & Hodgins, 2012; Cella, Hamid, Butt, & Wykes, 2015). É importante salientar que esses déficits cognitivos também são encontrados em pacientes que nunca usaram psicofármacos (Fatouros-Bergman, Cervenka, Flyckt, Edman, & Farde, 2014), o que remete a dificuldades cognitivas centrais e anteriores ao desenvolvimento do transtorno.

Alguns pesquisadores têm realizado trabalhos que comparam o desempenho cognitivo em pacientes com TB e esquizofrenia, por se tratar de doenças crônicas que fazem parte de um *continuum*, compartilhando características da apresentação clínica e do funcionamento neuropsicológico. Em uma recente metanálise sobre o tema, Trotta, Murray e MacCabe (2015) revisaram 28 estudos e concluíram que o funcionamento cognitivo pré-mórbido é prejudicado em pacientes com esquizofrenia e que os mesmos prejuízos não ocorrem nos pacientes com TB. Esse dado indica que, enquanto na esquizofrenia os déficits refletem anormalidades no neurodesenvolvimento, no TB eles estão mais relacionados a um processo neurodegenerativo da

doença. No que se refere aos déficits posteriores ao surgimento dos transtornos, ambos apresentam déficits cognitivos, embora sejam maiores nos pacientes com esquizofrenia.

Tendo em vista os dados apresentados, possivelmente as dificuldades cognitivas em pacientes bipolares estariam mais associadas ao curso da doença, enquanto na esquizofrenia elas são centrais, mais precoces e não apenas consequência dos sintomas ou do uso de psicofármacos. Os estudos apresentados auxiliam na diferenciação de dificuldades na aquisição de habilidades cognitivas e de perdas cognitivas secundárias a uma patologia, o que deve ser levado em consideração nas avaliações do funcionamento intelectual.

Depressão

Déficits na velocidade psicomotora, na atenção, na memória e nas funções executivas estão presentes em pacientes diagnosticados com depressão e em um episódio atual do transtorno (Lee, Hermens, Porter, & Redoblado-Hodge, 2012; Rock, Roiser, Riedel, & Blackwell, 2014). No entanto, déficits cognitivos estão presentes mesmo em fases de remissão dos sintomas, embora ainda não esteja clara a relação com a apresentação clínica e o curso do transtorno (Bora, Harrison, Yücell, & Pantelis, 2013; Hasselbalch, Knorr, & Kessing, 2011). O funcionamento da memória e da velocidade está mais associado ao estado clínico, enquanto prejuízos na atenção e no funcionamento executivo estão presentes mesmo em pacientes eutímicos (Lee et al., 2012). Em crianças e adolescentes em um episódio atual de depressão, há prejuízos na capacidade inibitória, fluência verbal, atenção, memória e planejamento (Wagner, Müller, Helmreich, Huss, & Tadic, 2015). Nessa população, estudos investigando a influência da remissão de sintomas e do curso do transtorno ainda são escassos.

Poucos estudos investigam o funcionamento cognitivo global de pacientes com depressão. Um estudo com a Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – 3ª edição (WAIS-III) indicou que pacientes em um episódio atual de depressão apresentam um QI inferior quando comparados a controles, porém, esse resultado é mais bem explicado por um rebaixamento importante no Índice de Velocidade de Processamento (Gorlyn et al., 2006). Resultados de metanálise indicam que existe um pequeno prejuízo na inteligência geral de pacientes mesmo durante um primeiro episódio de depressão, mas, quando os sintomas remitem, o desempenho é comparável ao de controles saudáveis (Ahern & Semkovska, 2017). Em crianças e adolescentes deprimidos, o QI encontra-se mais rebaixado quando comparado ao de controles saudáveis (Wagner et al., 2015). Com relação ao QI pré-mórbido, resultados de revisão e metanálise indicam que a associação entre um menor desempenho cognitivo e o desenvolvimento de depressão é mais bem explicada pela presença de sintomas depressivos subclínicos. Nesse sentido, o QI rebaixado não seria um preditor do desenvolvimento do transtorno, mas um pródromo relacionado à presença de sintomas subclínicos (Scult et al., 2016).

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

Pacientes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) apresentam QI mais baixo quando comparados a controles saudáveis, considerando tanto o QI total quanto os QIs verbal e de execução. Essa diferença se mantém independentemente da apresentação clínica (combinada, desatenta, hiperativa/impulsiva) ou da idade (crianças, adolescentes ou adultos) (Frazier, Demaree, & Youngstrom, 2004). Outro estudo realizado especificamente com adultos também sugere que pacientes com TDAH apresentem um QI mais baixo, porém, a diferença é pequena e

clinicamente não significativa. Essa diferença tende a ser maior em pacientes que apresentam comorbidades (Bridgett & Walker, 2006).

Outra questão que vem sendo abordada nesse contexto é a presença de TDAH em pessoas com QI elevado. Por um lado, algumas características presentes em pacientes com TDAH podem estar presentes em pessoas altamente inteligentes, como ter altos níveis de atividade, fazer perguntas com frequência e interromper outras pessoas, apresentar dificuldades atencionais e de desempenho na escola, ter dificuldades nos relacionamentos, entre outras características. Por outro lado, pacientes com TDAH que têm inteligência superior podem apresentar formas de compensar os déficits relacionados ao transtorno, sendo o diagnóstico negligenciado. Os resultados indicam que o TDAH pode estar presente em um contexto de alta inteligência (Rommelse et al., 2016), assim como já é consenso para o contexto de deficiência intelectual (APA, 2013/2014).

Outro ponto de interesse é a influência dos sintomas de desatenção na avaliação cognitiva de pacientes com TDAH. Uma revisão realizada com o objetivo de analisar a influência da desatenção no desempenho em testes de QI de crianças com TDAH indicou haver uma associação modesta. Metanálises sugerem que pacientes em uso de medicação estimulante de curto prazo possam ter um aumento de, em média, 2 a 7 pontos de QI (Jepsen, Fagerlund, & Mortensen, 2009).

Com relação a funções neuropsicológicas específicas, crianças e adolescentes com TDAH tendem a ter déficits no funcionamento executivo (memória de trabalho, controle inibitório, planejamento, vigilância e fluência), na variabilidade do tempo de reação e na velocidade de processamento (Willcutt, Sonuga-Barke, Nigg, & Sergeant, 2008). Adultos com TDAH também apresentam déficits no funcionamento executivo (memória de trabalho e vigilância, mas não no controle inibitório ou fluência), maior intolerância a respostas tardias e tendem a ter maior variabilidade do tempo de resposta (Mostert et al., 2015). Também há metanálises corroborando déficits na memória de trabalho (Alderson, Kasper, Hudec, & Patros, 2013) e evidenciando prejuízo no controle de interferência (Lansbergen, Kenemans, & van Engeland, 2007). Embora existam evidências de déficits nessas funções, é importante destacar que esses déficits não estão presentes em todos os pacientes com TDAH, o que contribui para um perfil neuropsicológico bastante heterogêneo (Nigg, 2005).

Implicações para a prática clínica

Os resultados dos estudos relacionados à inteligência e a transtornos psiquiátricos apresentados neste capítulo têm por objetivo fornecer informações importantes que servirão de guia para a prática clínica. Nessa perspectiva, é fundamental que os dados encontrados em pesquisa possam auxiliar o psicólogo, identificando focos de atenção relevantes na condução da avaliação. Para que isso aconteça, o profissional deve manter-se atualizado sobre os avanços das teorias da inteligência e das técnicas de avaliação, que vêm sofrendo transformações.

Tendo em vista a associação entre habilidade cognitiva e risco de apresentar algum transtorno psiquiátrico, evidencia-se a necessidade de considerar o funcionamento cognitivo pré-mórbido, que, ao ser detectado como fator de risco, pode aumentar as possibilidades de intervenção precoce a fim de prevenir ou retardar o início do transtorno. Embora não tenhamos instrumentos específicos para esse fim, o clínico poderá fazer uso de entrevistas com o próprio paciente e com seus familiares, investigando o funcionamento acadêmico, profissional e de atividades de vida

diária antes do estabelecimento do transtorno. Outra questão que pode ser útil é analisar o perfil cognitivo do paciente e verificar como é seu desempenho em instrumentos que meçam habilidades que são menos influenciadas pelo quadro atual ou por um possível deterioro, como as tarefas de inteligência cristalizada.

Especificamente em relação ao perfil cognitivo do paciente, a avaliação de diferentes funções cognitivas pode ser importante para investigar forças e fraquezas e, a partir disso, poder propor intervenções específicas e adequadas ao seu perfil. Além disso, quando o diagnóstico psiquiátrico já está estabelecido, convém verificar quais os principais prejuízos cognitivos associados a fim de estabelecer um protocolo de avaliação que considere as principais funções deficitárias descritas na literatura. Considerando-se a heterogeneidade na apresentação dos quadros psiquiátricos também em relação ao funcionamento cognitivo, essa conduta é essencial ao permitir uma melhor caracterização do perfil cognitivo do paciente.

Muitos pacientes que procuram tratamento para saúde mental podem ter menor capacidade cognitiva, o que deve ser considerado no desenvolvimento de estratégias de prevenção e no plano de tratamento (Koenen et al., 2009). Em função da menor capacidade cognitiva, esses indivíduos podem ter mais dificuldade para acessar os serviços de saúde e compreender/aderir aos planos de tratamento. Nesses casos, seria indicada psicoeducação, que poderia auxiliar o paciente na compreensão de seu quadro e no planejamento e na adesão ao tratamento, a partir do fornecimento de informações claras e acessíveis à sua compreensão.

Levando em conta o deterioro cognitivo associado à presença de transtornos mentais, pode ser recomendada uma avaliação periódica da inteligência, de acordo com as especificidades do caso, para monitorar a progressão ou não da doença e orientar quanto a intervenções que beneficiem o paciente. Nesse contexto, é importante considerar a indicação de reabilitação cognitiva, a fim de reduzir, controlar e manejar os déficits cognitivos decorrentes dos transtornos.

Outra questão que também deve ser considerada é a influência dos medicamentos utilizados pelo paciente em seu tratamento. Há uma ampla gama de fármacos disponíveis, mas se sabe que alguns podem ter efeitos sedativos, outros podem aumentar os níveis de concentração e alguns podem até mesmo provocar confusão mental (Xavier & Chachamovich, 2016). Nesses casos, cabe ao profissional investigar quais são os medicamentos utilizados e buscar informações a respeito de sua influência na cognição, reportando no relatório de avaliação quais foram as circunstâncias em que o paciente realizou a avaliação (qual fármaco foi utilizado, o horário que foi administrado e o horário da avaliação, assim como a observação clínica do paciente).

VINHETA CLÍNICA

Cláudia, 63 anos, advogada aposentada, teve dois casamentos, três filhos e atualmente está divorciada. Mora sozinha e relata que tem muita dificuldade para dormir, o que a levou ao uso regular de benzodiazepínicos durante os últimos 20 anos. Apresenta diagnóstico de TB com histórico de diversos episódios hipomaníacos e depressivos que levaram a cinco internações psiquiátricas que a paciente descreve como “traumáticas” (*sic*). As crises e as internações a fizeram compreender a gravidade de sua condição e a necessidade de tratamento. A paciente e seus filhos falam sobre sua alta inteligência, o que a fez construir uma carreira “brilhante”, ao mesmo tempo em que reconhecem uma queda cognitiva ao longo do tempo.

Conforme resultados da avaliação cognitiva, seu funcionamento intelectual está em nível médio, com melhor desempenho no domínio verbal, o qual reflete as habilidades da paciente em expressão e

compreensão verbais, compatíveis com as capacidades necessárias para a sua atividade profissional. A queda nos índices de Memória Operacional e Velocidade de Processamento remete a dificuldades específicas em tarefas que demandem atenção à informação e manutenção de informações *on-line* para manipulação, além de rebaixamento na velocidade de processamento. Essas dificuldades estão em concordância com as informações descritas neste capítulo sobre as habilidades cognitivas mais afetadas no TB. O relato da paciente e da família de que ela tinha alta inteligência e de subsequente queda cognitiva remete ao deterioro cognitivo devido à progressão do transtorno, que está relacionado ao número e à intensidade das crises. Além disso, no caso em questão, esse deterioro também pode estar associado ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos, que é sabidamente um fator de risco para o declínio cognitivo (Barker, Greenwood, Jackson, & Crowe, 2004). Foram recomendadas à paciente avaliação cognitiva periódica para acompanhar as dificuldades identificadas, além de reabilitação cognitiva com o objetivo de minimizar os déficits e preservar a capacidade cognitiva geral, melhorando sua qualidade de vida e de sua família.

TABELA 10.2.1
Resultados da WAIS-III

Escalas	**Soma dos pontos ponderados**	**QI**	**Percentil**	**Intervalo de confiança 95%**	**Classificação**
QI Verbal	64	104	61	98-110	Médio
QI de Execução	39	87	19	77-97	Médio inferior
QI Total	104	97	42	91-103	Médio
Índice de Compreensão Verbal	39	116	86	107-124	Médio superior
Índice de Organização Perceptual	24	89	23	78-101	Médio inferior
Índice de Memória Operacional	18	78	7	69-89	Limítrofe
Índice de Velocidade de Processamento	14	84	14	75-95	Médio inferior

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe um número cada vez maior de evidências demonstrando a associação entre inteligência e saúde mental. Há estudos que sugerem que a inteligência pode ser um preditor do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, mas também há estudos que buscam investigar o quanto cada quadro sintomatológico influencia o funcionamento cognitivo. Ainda não existe uma única resposta sobre essa associação. Possivelmente, déficits no funcionamento cognitivo precedem a maioria dos transtornos ao mesmo tempo em que podem ser decorrentes deles, com variação de apresentação de acordo com cada transtorno psiquiátrico e sua heterogeneidade. Os avanços na área têm apontado para a importância de investigar a inteligência no contexto dos transtornos psiquiátricos, devido ao impacto do funcionamento cognitivo no desenvolvimento e no curso dos transtornos, no prognóstico e na funcionalidade.

Apesar das evoluções no campo da avaliação da inteligência, ainda há a necessidade de instrumentos mais específicos que auxiliem na compreensão da complexidade envolvida nesse construto, compatíveis com a concepção hierárquica da inteligência. Além disso, nos deparamos com a limitação de que alguns instrumentos que são desenvolvidos em outros países não estão validados para a população brasileira, não podendo ser utilizados na prática clínica.

Possivelmente o funcionamento cognitivo é um, entre tantos outros, dos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, que precisam ser mais bem compreendidos. A ampliação dos estudos na área, a partir da integração de dados de neuropsicologia, genética e neuroimagem, poderá auxiliar na elucidação dos mecanismos subjacentes à vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais, contribuindo com a prática clínica de avaliação e identificando intervenções que diminuam as consequências negativas e aumentem a qualidade de vida dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

Ahern, E., & Semkovska, M. (2017). Cognitive Functioning in the First-Episode of Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology, 31*(1), 52-72.

Alderson, R.M., Kasper, L.J., Hudec, K.L., & Patros, C.H. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and working memory in adults: a meta-analytic review. *Neuropsychology, 27*(3), 287-302.

Almeida, L. S. (2002). As aptidões na definição e avaliação da inteligência: o concurso da análise fatorial. *Paidéia, 12*(23), 5-17.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5a ed.). (M. I. C. Nascimento, P. H. Machado, R. M. Garcez, R. Pizzato, & S. M. M. da Rosa, trads.). Porto Alegre: Artmed. (Obra originalmente publicada em 2013).

Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S.F. (2004). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Archives of Clincal Neuropsycholgy, 19*(3), 437-454.

Batty, G. D., Deary, I. J., & Gottfredson, L. S. (2007). Premorbid (early life) IQ and Later Mortality Risk: Systematic Review. *Annals of Epidemiology, 17*, 278–288.

Batty, G. D., Mortensen, E. L., & Osler, M. (2005). Childhood IQ in relation to later psychiatric disorder evidence from a Danish birth cohort study. *British Journal of Psychiatry, 187*, 180-181.

Bora E., Yucel M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *Journal of Affective Disorders, 113*(1–2):1–20.

Bora, E., Harrison, B. J., Yücel1, M., & Pantelis, C. (2013) Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 43*(10), 2017-2026.

Bridgett, D. J., & Walker, M. E. (2006). Intellectual functioning in adults with ADHD: A meta-analytic examination of full scale IQ differences between adults with and without ADHD. *Psychological Assessment, 18*(1), 1-14.

Cella, M., Hamid, S., Butt, K., & Wykes, T. (2015). Cognition and Social Cognition in non-psychotic siblings of patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, *20*(3), 232-242.

Deary, I. J. (2001). Human intelligence differences: a recent history. *TRENDS in Cognitive Sciences*, *5*(3), 127-130.

Deary, I. J., & Batty, G. B. (2007). Cognitive epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health, 61*, 378–384.

Der, G., Batty, G. D., & Deary, I. J. (2009). The association between IQ in adolescence and a range of health outcomes at 40 in the 1979 US National Longitudinal Study of Youth. *Intelligence, 37*, 573-580.

Dickson, H., Laurens, K.R., Cullen, A.E., & Hodgins, S. (2012). Meta-analyses of cognitive and motor function in youth aged 16 years and younger who subsequently develop schizophrenia. *Psychological Medicine*, *42*(4), 743-755.

Fatouros-Bergman, H., Cervenka, S., Flyckt, L., Edman, G., & Farde, L. (2014). Meta-analysis of cognitive performance in drug-naïve patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 158*(1-3):156-62.

Fioravanti, M., Bianchi, V., Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metanalysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry, 12*(64), 1-20.

Frazier, T.W., Demaree, H.A., & Youngstrom, E.A. (2004). Meta-Analysis of intellectual and Neuropsychological Test Performance in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology, 18*(3), 543-555.

Gale, C. R., Deary, I. J., Boyle, S. H., Barefoot, J., Mortensen, L. H., & Batty, G. D. (2008). Cognitive Ability in Early Adulthood and Risk of 5 Specific Psychiatric Disorders in Middle Age. *Archives of General Psychiatry, 65(*12), 1410-1418.

Gorlyn, M., Keilp, J. G., Oquendo, M. A., Burke, A. K., Sackeim, H.A., & Mann, J. J. (2006). The WAIS-III and Major Depression: Absence of VIQ/PIQ Differences. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 28*, 1145–1157.

Hasselbalch, B.J., Knorr, U., & Kessing, L.V. (2011). Cognitive impairment in the remitted state of unipolar depressive disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 134*(1-3), 20-31.

Hatch, S. L., Jones, P. B., Kuh, D., Hardy, R., Wadsworth, M. E. J., & Richard, M. (2007). Childhood cognitive ability and adult mental health in the British 1946 birth cohort. *Social Science & Medicine, 64*, 2285-2296.

Jepsen, J. R., Fagerlund, B., & Mortensen, E. L. (2009). Do attention deficits influence IQ assessment in children and adolescents with ADHD? *Journal of Attention Disorders, 12*(6), 551-562.

Jones, L. V., & Thissen, D. (2007). A history and overview of psychometrics. In C. R. Rao, & S. Sinharay (Eds.), *Handbook of Statistics* (Vol. 26). Oxford: North-Holland.

Keefe, R.S., & Fenton, W.S. (2007). How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment? *Schizophrenia Bulletin*, *33*(4), 912-920.

Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Roberts, A. L., Martin, L. T., Kubzansky, L., Harrington, H., Poulton, R., & Caspi, A. (2009). Childhood IQ and Adult Mental Disorders: A Test of the Cognitive Reserve Hypothesis. *American Journal of Psychiatry, 166,* 50–57.

Kurtz, M.M., & Gerraty, R.T. (2009). A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: profile and effects of clinical state. *Neuropsychology*, *23*(5), 551–562.

Lansbergen, M. M., Kenemans, J. L., & van Engeland, H. (2007). Stroop interference and attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and meta-analysis. *Neuropsychology, 21*(2), 251-262.

Lee, R.S.C., Hermens, D. F., Porter, M. A., & Redoblado-Hodge, M. A. (2012). A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders, 140*, 113–124.

Martínez-Arán, A., Vieta, E., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Reinares, M., ... & Salamero, M. (2004). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Journal of Bipolar Disorder*, *6*(3), 224-32.

Mostert, J. C., Onnink, A. M. H., Klein, M., Dammers, J., Harneit, A., Schulten, T., ... & Hoogman, M. (2015). Cognitive heterogeneity in adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: a systematic analysis of neuropsychological measurements. *European Neuropsychopharmacology*, *25*(11), 2062-2074.

Nigg, J. T. (2005). Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: the state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1424-1435.

Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica, 2*, 67-77.

Robinson, L,J., Thompson, J.M., Gallagher, P. Goswami, U., Young, A, H., Ferrier, I., N., & Moore, P.B. (2006). A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *93*(1-3), 105-115.

Rock, P.L., Roiser, J.P., Riedel, W.J., & Blackwell, A.D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 44*(10), 2029-2040.

Rommelse, N., van der Kruijs, M., Damhuis, J., Hoek, I., Smeets, S., Antshel, K. M. Hoogeveen, L., & Faraone, S. V. (2016). An evidenced-based perspective on the validity ofattention-deficit/hyperactivity disorder in the context of high intelligence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 71*, 21-47.

Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D.R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, *150*(1), 42-50.

Scult, M. A., Paulli, A. R., Mazure, E. S., Moffitt, T. E., Hariri, A. R., & Strauman, T. J. (2016). The association between cognitive function and subsequent depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 47* (1), 1-17.

Torres, I.J., Boudreau, V.G., & Yatham, L.N. (2007). Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(S434),17-26.

Trotta, A., Murray, R., & MacCabe, J. (2015). Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 45*(2), 381-394

Wagner, S., Müller, C., Helmreich, I., Huss, M., & Tadic, A. (2015). A meta-analysis of cognitive functions in children and adolescents with major depressive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*, 5-19.

Willcutt, E. G., Sonuga-Barke, E. J. S., Nigg, J. T., & Sergeant, J. A. (2008). Recent Developments in Neuropsychological Models of Childhood Psychiatric Disorders. In T. Banaschewski, & L. A. Rohde (Eds.), *Advances in Biological Psychiatry. Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments.* (Vol. 24, pp. 195-226). Basel, Switzerland: Karger.

Xavier, F. M. F., & Chachamovich, E. (2016). A influência do uso de fármacos no psicodiagnóstico. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Orgs.),

Psicodiagnóstico. (pp. 126-135). Porto Alegre: Artmed.

Zammit, S., Allebeck, P., David, A. S., Dalman, C., Hemmingsson, T., Lundberg, I., & Lewis, G. (2004). A Longitudinal Study of Premorbid IQ Score and Risk of Developing Schizophrenia, Bipolar Disorder, Severe Depression, and Other Nonaffective Psychoses. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 354-360.

LEITURA RECOMENDADA

Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M.E., & Clare, L. (2005). A Metaanalysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis o schizophrenia. *Neuropsychology Review*, *15*(2), 73-95

11

ESTUDO DE CASO: CONTRIBUIÇÃO DA AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EM UM QUADRO CLÍNICO HETEROGÊNEO

Katiane Silva
Flávia Wagner

A avaliação da inteligência, como bem descrita ao longo deste livro, é bastante complexa e apresenta-se como um constante desafio aos profissionais que atuam na área. Essa complexidade se dá pela própria natureza do construto, pelas limitações dos instrumentos utilizados e, também, pela dificuldade em estabelecer a clara relação dos resultados obtidos com a funcionalidade global do sujeito avaliado. Ao mesmo tempo, sabemos que a inteligência é um fator muito relevante na vida dos indivíduos, interferindo no funcionamento acadêmico, profissional e social, o que torna sua avaliação fundamental.

O objetivo deste capítulo é apresentar um caso clínico a fim de demonstrar, na prática, como se dá a condução do processo avaliativo. Iniciaremos descrevendo a demanda da avaliação e relatando os dados da entrevista, em seguida apresentaremos os resultados dos instrumentos utilizados e sua interpretação e finalizaremos com o raciocínio clínico necessário para a integração dos dados e discussão dos resultados, identificando possíveis indicações terapêuticas. É importante ressaltar que o caso aqui apresentado não deve ser adotado como um modelo a ser seguido, e sim como uma ilustração que promova a discussão dos aspectos envolvidos na avaliação da inteligência, tendo em vista que cada caso clínico apresenta especificidades que devem ser consideradas.

O caso apresentado foi atendido no contexto da clínica privada, em que foi realizado o processo do psicodiagnóstico completo contemplando a avaliação da inteligência e da personalidade. Como o foco do presente capítulo é a avaliação da inteligência, nos deteremos nesse aspecto e apresentaremos apenas uma síntese dos dados de personalidade. O nome e os dados de identificação foram alterados a fim de preservar o anonimato do sujeito em questão, respeitando as questões éticas envolvidas na apresentação de casos.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ana Maria Silva
Idade: 22 anos
Escolaridade: ensino superior incompleto
Data da avaliação: abril de 2016

DESCRIÇÃO DA DEMANDA

O encaminhamento foi realizado pelo psiquiatra da paciente devido à necessidade de diagnóstico diferencial entre transtorno bipolar e transtorno da personalidade *borderline*. Além disso, Ana Maria apresentava histórico de fracasso acadêmico, reprovações e queixas de desatenção que demandavam avaliação de possíveis déficits cognitivos. A avaliação da inteligência poderia auxiliar a detectar se as dificuldades apresentadas eram devidas a uma condição prévia comórbida, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), ou se eram secundárias ao transtorno apresentado, indicando deterioro cognitivo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista clínica (com a paciente e com os pais)
- Contato com o profissional que realizou o encaminhamento
- Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – 3ª edição (WAIS-III) – Wechsler (2005)
- Escala de sintomas de TDAH na infância e na idade atual preenchida pela paciente e por um familiar – Barkley & Murphy (1998)
- Inventário de Personalidade NEO PI-R – Paul Costa Junior e Robert McCrae (2010)
- Técnica projetiva de desenho: casa, árvore e pessoa (HTP) – John N. Buck (2003)
- Técnica de Rorschach – Cícero Vaz (2006)

HISTÓRIA CLÍNICA

A história clínica foi coletada a partir da entrevista com a paciente e com os pais e contato com o profissional que solicitou o psicodiagnóstico. Essa fase da avaliação é crucial para obter informações relevantes sobre a história prévia e atual da paciente, analisar a demanda da avaliação e aprofundar o conhecimento sobre as queixas e as dificuldades apresentadas. Esses dados são extremamente úteis para definir o plano de avaliação (técnicas e instrumentos a serem utilizados) e auxiliar na análise dos resultados dos testes, possibilitando a integrarão dos dados na discussão do caso.

Ana Maria é a primeira filha e tem uma irmã mais nova de 12 anos. Os pais trabalham juntos em uma empresa familiar. O pai concluiu o ensino superior, e a mãe tem ensino médio completo. A paciente descreve a mãe como infantil ("se veste e se comporta como se tivesse 19 anos" [*sic*]) e o pai como muito agressivo, ao mesmo tempo em que se preocupa com todos. Relata que tem melhor relacionamento com a mãe e que "bate de frente" (*sic*) com o pai, com quem já ficou sem falar por períodos de até seis meses. Sobre a presença de transtornos psiquiátricos na família, a mãe de Ana tem diagnóstico de transtorno bipolar, o que interfere de forma significativa no funcionamento familiar, e realiza os tratamentos indicados. A paciente e os pais referem que outros familiares apresentam dificuldades importantes, caracterizando a família como "um bando de loucos" (*sic*), e afirmam que a maioria deles nunca se submeteu a tratamentos psicológicos ou psiquiátricos.

Na percepção da paciente, seu papel é unir a família desde a sua gestação, já que a gravidez de sua mãe ocorreu entre uma das separações dos seus pais e foi motivo para que voltassem a viver juntos. Durante a infância, os pais se separaram pelo menos oito vezes, o que a deixava muito envergonhada (*sic*). Além disso, essas separações levavam à mudança de residência da família, que ocorria a cada ano e que desestruturava a rotina e aumentava a instabilidade familiar. Durante a infância (a partir dos 9 anos), Ana Maria começou a apresentar sintomas depressivos, caracterizados por tristeza excessiva e falta de motivação, o que levou os pais a buscarem tratamento. Além disso, os pais relatam que a paciente relutava em aceitar limites, com comportamento opositor, o que levava a dificuldades familiares. O início dos sintomas depressivos coincidiu com o nascimento da irmã mais nova, que despertou insegurança em Ana Maria. Nessa época, a paciente começou a fazer tratamento psicológico e psiquiátrico, que mantém até o momento da avaliação, mesmo que ao longo do tempo tenha havido mudança dos profissionais que a atendem.

Na adolescência, o quadro psicopatológico se intensificou, e Ana Maria começou a apresentar sintomas de automutilação, fazendo cortes em suas pernas. Relatava que gostava de se machucar, pois assim se sentia viva e encontrava formas de submeter-se a situações dolorosas, como, por exemplo, colocar, tirar e recolocar *piercings*, que causavam infecções devido à alergia ao metal. No contexto dos relacionamentos amorosos, a paciente também se submetia a situações em que o prazer estava ligado a dor, o que incluía abusos psicológicos e físicos, que a deixavam em constante estado de angústia. Também na adolescência, Ana Maria começou a fazer uso de álcool e *Cannabis*, que foi se intensificando ao longo dos anos, colocando-a em condutas de risco relacionadas à impulsividade, com dificuldades de avaliar as consequências de seus atos. Esse perfil de externalização interferiu nos seus relacionamentos sociais, piorando a qualidade das relações com os familiares e os amigos, levando-a a constante troca de namorados e

“ficantes”, ainda que apresentasse forte necessidade e dependência dessas relações. Ana Maria diz que tem dificuldades de manter os relacionamentos porque “enjoa das pessoas” (*sic*) e acaba se afastando. Entretanto, seus pais relatam que ela tem muita dificuldade de aceitar críticas e de lidar com frustrações, reagindo de forma irritável e explosiva, o que acaba causando brigas e rupturas, empobrecendo sua vida social.

No que se refere ao desempenho acadêmico, Ana Maria estudou em escolas particulares e cursou sem maiores dificuldades o ensino fundamental, respondendo de forma positiva às demandas escolares. No ensino médio, quando estava com 15 anos, começou a apresentar problemas na escola, quando repetiu duas vezes o 1º ano e não conseguiu sair do 2º ano, o que a levou a fazer supletivo. Nessa época, Ana Maria começou a apresentar queixas de desatenção e dificuldades de organização que a levaram às repetências, muitas vezes por faltas. Esse período coincide com o início do abuso de álcool e *Cannabis* já relatado, que possivelmente interferiu no seu desempenho acadêmico. Ao entrar na faculdade, esse quadro não mudou, a paciente cursou dois semestres do curso de Administração, que abandou sem conseguir passar nas disciplinas. Mais recentemente trocou de curso para Relações Internacionais, concluindo um semestre com baixo aproveitamento (passou em duas das seis disciplinas nas quais estava matriculada). No momento atual, em função da instabilidade do humor, encontra-se sem condições de manter suas atividades acadêmicas, estando com sua matrícula trancada.

Nos últimos dois anos, a instabilidade da paciente se intensificou, com períodos de maior atividade e contatos sociais e outros de isolamento, desmotivação e tristeza. Essa oscilação afetou a funcionalidade da paciente nos contextos acadêmico e social. Nos últimos quatro meses, Ana Maria encontrava-se em um período depressivo em que não tinha contatos sociais (inclusive não utilizava celular), não frequentava a faculdade e dependia do suporte familiar, especialmente da presença da mãe, para realizar atividades diárias (p. ex., como banho e alimentação). Esse período depressivo foi desencadeado pelo término de um relacionamento que levou a paciente a vivenciar sentimentos de rejeição e abandono intensos, culminando com a tentativa de suicídio e subsequente internação psiquiátrica.

A avaliação psicológica foi realizada três semanas após a alta da internação, quando a paciente iniciou tratamento psiquiátrico com um novo profissional que, diante do quadro complexo apresentado, decidiu solicitar o psicodiagnóstico. No momento da avaliação, a paciente encontrava-se em fase aguda da doença, com supervisão e apoio familiar e com limitações importantes na sua funcionalidade, o que demandava cuidados na condução da avaliação (verificação das condições de humor, sono e outros fatores que pudessem influenciar os resultados). Além disso, estava em uso de um estabilizador de humor e um ansiolítico do grupo dos benzodiazepínicos.

RESULTADOS

Avaliação cognitiva

Na observação qualitativa, Ana Maria mostrou-se colaborativa durante a realização dos testes, apesar de questionamentos e crítica às técnicas utilizadas. Apresentou sinais de impaciência e impulsividade em algumas tarefas, especialmente naquelas que exigiam maior esforço mental e concentração, ficando evidente a sua dificuldade em permanecer por um tempo realizando atividades que demandavam maior esforço mental. Demonstrou impulsividade caracterizada por irritação e tendência a desistir ao não conseguir realizar as atividades mais complexas, exigindo estímulo constante e manejo adequado para prosseguir.

Na avaliação das capacidades cognitivas por meio da WAIS-III, o desempenho intelectual global de Ana Maria encontra-se em nível médio inferior (QI Total = 87; IC de 95% = 83-91), superando aproximadamente 19% da amostra de normatização. Entretanto, como houve diferenças significativas entre os QIs e entre alguns índices fatoriais, o QI Total deve ser considerado com cautela, sendo os índices uma representação mais fidedigna das habilidades da paciente. O desempenho nos QIs Verbal (QIV = 92, nível médio) e de Execução (QIE = 80, nível médio inferior) é estatisticamente discrepante, sugerindo uma melhor habilidade na área verbal em relação à não verbal. Quanto aos índices fatoriais, obteve seu melhor desempenho em Compreensão Verbal (ICV = 98, nível médio), estatisticamente superior aos demais índices, indicando que sua capacidade de expressão e compreensão verbais está mais preservada. Obteve desempenho de nível médio inferior no Índice de Organização Perceptual (IOP = 88), que avalia organização e percepção visuomotora e raciocínio não verbal. Esse índice foi estatisticamente superior em relação ao Índice de Velocidade de Processamento (IVP = 71; nível limítrofe), indicando que pode haver lentificação no processamento de informação visual. Por fim, o Índice de Memória Operacional (IMO = 78) de nível limítrofe indica dificuldade para manter uma informação *on-line* para processá-la (memória de trabalho) (Tab. 11.1).

TABELA 11.1
Resultados da WAIS-III

Escalas	Soma dos pontos ponderados	QI	Percentil	Intervalo de confiança 95%	Classificação
QI Verbal	53	92	30	87-97	Médio
QI de Execução	35	80	9	74-88	Médio inferior
QI Total	88	87	19	83-91	Médio inferior
Índice de Compreensão Verbal	29	98	45	92-104	Médio
Índice de Organização Perceptual	24	88	21	82-96	Médio inferior
Índice de Memória Operacional	19	78	7	73-86	Limítrofe
Índice de Velocidade de Processamento	9	71	3	66-83	Limítrofe

Comparação entre as discrepâncias

QIs Índices	Escore 1	Escore 2	Diferença	Nível de significância 0,05	Frequência na amostra de padronização
QIV – QIE	92	80	12*	9,07	27,8
ICV – IOP	98	88	10*	9,71	42,1
ICV – IMO	98	78	20*	9,90	12,2
IOP – IVP	88	71	17*	13,29	23,1
ICV – IVP	98	71	27*	12,61	5,7
IOP – IMO	88	78	10	10,75	____
IMO – IVP	78	71	7	13,75	____

*Diferença estatisticamente significativa.
Notas: QI = quociente de inteligência; QIV = QI verbal; QIE = QI de execução; ICV = Índice de Compreensão Verbal; IOP = Índice de Organização Perceptual; IMO = Índice de Memória Operacional; IVP = Índice de Velocidade de Processamento.

Em relação aos subtestes, demonstrou facilidade estatisticamente significativa em Raciocínio Matricial, que envolve abstração e reconhecimento de padrões visuais, e Semelhanças, que requer capacidade de abstração envolvendo conteúdos verbais. Apresentou dificuldade significativa apenas no subteste Sequência de Números e Letras, que avalia memória de trabalho e também envolve tolerância a uma tarefa que requer maior persistência (Tab. 11.2). No subteste Dígitos, apresentou uma diferença de cinco pontos entre a Ordem Direta, que avalia atenção, e Ordem Inversa, que avalia memória de trabalho. Esse resultado na Ordem Inversa é atingido por 88,5% da amostra de normatização, corroborando um desempenho deficitário nessa habilidade (Tab. 11.3).

TABELA 11.2
Identificação das facilidades e dificuldades dos subtestes da WAIS-III

Subtestes	Escore ponderado	Escore médio	Diferença da média*	Nível de significância 0,05	Facilidade (+)	Dificuldade (-)	Frequência na amostra de padronização
Vocabulário	10	8,28	1,72	2,10			
Semelhanças	13	8,28	4,72	2,77	F		2%
Aritmética	7	8,28	-1,28	2,63			
Dígitos	7	8,28	-1,28	2,4			
Informação	6	8,28	-2,28	2,34			
Compreensão	10	8,28	1,72	2,96			
Sequência de Números e Letras	5	8,28	-3,28	3,16		D	< 25%
Completar Figuras	5	6,71	-1,71	3,16			
Códigos	5	6,71	-1,71	3,04			
Cubos	8	6,71	1,29	2,94			
Raciocínio Matricial	11	6,71	4,29	2,6	F		2%
Arranjo de Figuras	6	6,71	-0,71	3,75			
Procurar Símbolos	4	6,71	-2,71	3,54			

Armar Objetos	8	1,29	4,03

*Diferença entre a média Verbal e a média de Execução.

TABELA 11.3
Conversão dos pontos brutos em frequência do subteste Dígitos da WAIS-III

	Comparações entre as discrepâncias	Escore 1	Escore 2	Diferença	Frequência na amostra de padronização
Nível Subteste	Maior Sequência Dígitos Ordem Direta	9	-------------	-------------	7
	Maior Sequência Dígitos Ordem Indireta	4	-------------	-------------	88,5
	Dígitos Ordem Direta-Ordem Inversa	Direta 9	Inversa 4	5	1,5

Na Escala para avaliar TDAH, Ana Maria e seus pais identificaram sintomas atuais de desatenção e hiperatividade, com prejuízo nos estudos, nas responsabilidades diárias e nas relações interpessoais. Entretanto, na escala da infância (5 aos 12 anos) não foram identificados sintomas, o que inviabiliza o diagnóstico de TDAH, já que a presença de sintomas na infância é um dos critérios necessários. Na entrevista com os pais, eles relataram que a paciente não apresentava dificuldades cognitivas na infância e que os problemas atuais tiveram seu início na adolescência.

Avaliação da personalidade

Na integração dos domínios do Neo PI-R, que é um instrumento de avaliação de personalidade baseado no Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), Ana Maria obtém alto escore em Neuroticismo, cuja fonte biológica se relaciona aos sistemas corticovisceral e corticolímbico, que são responsáveis pela interpretação do caráter emocional da informação. Pessoas com índice mais alto nesse domínio tendem a alta excitação emocional e, como consequência, os estímulos de baixa ou média intensidade podem ser percebidos com alta emoção. Além disso, a paciente apresenta altos escores em Extroversão, que remetem à facilidade em exposição social e busca intensa por novidades, e baixa Conscienciosidade, que indica dificuldades em planejar e cumprir metas, comprometendo a produtividade.

No teste HTP, os desenhos da casa, da árvore e da pessoa revelam algumas dificuldades no ajustamento ao ambiente. Características dos desenhos denotam fragilidade egoica, com dificuldades no enfrentamento da realidade, por apresentar baixa tolerância a frustrações e necessidade de gratificação imediata. O tamanho dos desenhos aponta para tendência à expansão, enquanto aspectos relacionados ao traçado indicam sinais de ansiedade. Alguns dados específicos apontam para comportamento dependente, seguido de necessidade de apoio e segurança. Há indícios de reações agressivas e impulsivas diante de situações que demandam controle emocional, compatíveis com as dificuldades que a paciente apresenta de lidar com as frustrações.

Na Técnica de Rorschach, que tem como objetivo avaliar aspectos da personalidade, Ana Maria apresenta condições de adaptação ao teste com boa capacidade de produção e desempenho. A localização das respostas indica dificuldades na percepção objetiva da realidade, em que a preocupação demasiada com minúcias pode prejudicar a visão de conjunto, levando a

dificuldades na percepção da realidade objetiva e na sua adaptação. A predominância de forma de boa qualidade mostra que a paciente tem pensamento lógico ordenado e coerente. A configuração de respostas cromáticas indica dificuldades no controle das reações aos estímulos emocionais, com prevalência de reações instintivas e impulsivas, compatíveis com reações hipomaníacas. Além disso, as respostas de movimento apontam para falhas no processamento afetivo-emocional que levam a paciente a vivenciar as emoções de forma intensa. Por fim, a análise dos conteúdos das respostas remete a dificuldades em lidar com tensão e frustração com pouca flexibilidade emocional, que prejudicam os relacionamentos interpessoais e a adaptação social.

Discussão dos resultados e indicações

Ana Maria apresenta funcionamento intelectual de nível médio inferior, com maior desempenho na área verbal e dificuldades cognitivas específicas nas funções de atenção, memória de trabalho e velocidade de processamento. Consistente com esse resultado, o Índice de Compreensão Verbal está em nível médio, com subsequente queda progressiva nos demais índices. A queda é mais significativa em Memória Operacional e Velocidade de Processamento, classificados como de nível limítrofe, remetendo a dificuldades específicas em tarefas que demandem atenção a informação, processamento na memória para a execução de uma ação e velocidade de processamento. Essas dificuldades são compatíveis com as queixas da paciente e interferem de forma significativa na sua funcionalidade.

Os dados da observação e da entrevista clínica, unidos aos dos diferentes testes de personalidade utilizados, indicam instabilidade afetiva, alta extroversão e reações impulsivas e hipomaníacas compatíveis com transtorno bipolar. Além disso, a fragilidade egoica e a alta emocionalidade que tornam as relações instáveis e intensas, somadas à história de automutilações e tentativas de suicídios, apontam para presença de transtorno da personalidade *borderline* comórbido ao transtorno bipolar, agravando o quadro da paciente. Por fim, as dificuldades apresentadas relacionadas ao humor e à cognição se intensificam com o abuso de *Cannabis*, que, além de ser um reconhecido fator de risco para o desencadeamento de transtornos psiquiátricos, acarreta consequências negativas no curso da doença e no funcionamento cognitivo.

Tendo em vista os dados obtidos, é indicado à paciente o prosseguimento do tratamento farmacológico com acompanhamento psiquiátrico e psicoterapia a fim de trabalhar as dificuldades apresentadas e desenvolver mecanismos que a ajudem a lidar com elas. Também é recomendado que a paciente desenvolva atividades ocupacionais (p. ex., cursos de interesse e trabalho voluntário) visando a sentir-se produtiva, o que pode melhorar sua qualidade de vida e prepará-la para o retorno à faculdade, assim que for possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apresentação desse caso demonstra que o funcionamento cognitivo sofre interferência de diversos fatores, tanto biológicos quanto ambientais, que devem ser considerados no processo de avaliação. No que se refere aos fatores biológicos, a mãe de Ana Maria tem diagnóstico de transtorno bipolar, o que aumentava a suscetibilidade ao seu desenvolvimento, uma vez que o transtorno tem uma herdabilidade[1] alta, calculada em cerca de 85% (Bienvenu, Davydow, & Kendler, 2011). O fato de sua mãe não ter realizado ensino superior possivelmente possa ter relação com as dificuldades impostas pelo transtorno, o que parece estar se repetindo no caso da paciente ao se deparar com dificuldades na conclusão do ensino médio e na faculdade. Em relação ao ambiente familiar, Ana Maria vive em constante instabilidade, com brigas e histórico de separações e mudanças de residência, que reforçam suas dificuldades. A falta de uma rotina estruturada e de um ambiente continente intensifica sua instabilidade e, em alguma medida, afeta sua funcionalidade. Cabe ressaltar que o momento da entrevista clínica é fundamental para a identificação da história de transtornos psiquiátricos na família e também de como se dá o funcionamento familiar, por se tratar de fatores que interferem de forma significativa no desenvolvimento e que devem ser integrados aos dados coletados na avaliação.

Os resultados da avaliação apontaram para funcionamento cognitivo inferior ao esperado para a idade, com maior dificuldade na área não verbal, mais especificamente nos índices de Memória Operacional e Velocidade de Processamento, compatíveis com as queixas da paciente em relação às suas dificuldades no desempenho acadêmico. A hipótese de que Ana Maria pudesse ter TDAH não se confirmou, pois embora apresente déficits atencionais, eles não existiam na infância e também são explicados pelo deterioro decorrente do transtorno bipolar. Além disso, o abuso de álcool e *Cannabis* associado ao uso de psicofármacos também são fatores que interferem na cognição.

Uma das questões que sempre está em pauta quando o psicólogo avalia o funcionamento cognitivo em um quadro clínico heterogêneo como esse é o diagnóstico diferencial. Déficits de atenção e de memória de trabalho, por exemplo, podem estar relacionados a diversas condições clínicas e transtornos psiquiátricos, o que exige uma minuciosa análise dos fatores relacionados às dificuldades apresentadas, para não incorrer no risco de um diagnóstico precoce e equivocado. Nesse contexto, é importante identificar, a partir de dados fornecidos pela paciente e por familiares, se os déficits são pré-mórbidos (já existiam antes do surgimento do transtorno), caracterizados por alterações no neurodesenvolvimento, ou se são resultado de uma degeneração cognitiva secundária à patologia apresentada.

A devolução dos resultados é um momento fundamental do processo de avaliação psicológica, pois integra as etapas anteriores apontando para a possibilidade de intervenções que auxiliem o sujeito a compreender sua condição e tratá-la de maneira efetiva. A entrevista devolutiva foi realizada com a paciente e seus pais, quando foram fornecidos os resultados da avaliação com o objetivo de oportunizar uma discussão sobre os dados encontrados. O acesso às informações obtidas, a partir de uma linguagem clara e acessível, funcionou como parte do processo de psicoeducação sobre os transtornos apresentados pela paciente, que auxiliaram na compreensão das dificuldades apresentadas, bem como no seu manejo adequado. Discutimos acerca da necessidade de tratamento farmacológico e psicoterápico, bem como da importância de atividades ocupacionais que fossem auxiliando Ana Maria a retomar sua rotina aos poucos até

apresentar condições de voltar à faculdade. Além disso, foi trabalhada a necessidade da organização do ambiente familiar e de cuidados específicos nesse momento, sem reforçar um comportamento dependente. Outra questão importante abordada na devolução foi o esclarecimento sobre os fatores que interferem negativamente no funcionamento cognitivo da paciente e no curso dos transtornos identificados, como o abuso de álcool e *Cannabis*. Como em alguns casos, o potencial cognitivo pode ser superior ao desempenho apresentado na avaliação, especialmente quando se trata de uma fase aguda da doença, foi recomendada à paciente uma avaliação posterior, com o quadro clínico estabilizado.

O caso descrito neste capítulo demonstra os desafios da avaliação da inteligência em um cenário heterogêneo composto por transtorno de humor e de personalidade comórbidos, associados ao abuso de álcool e substâncias e a um ambiente familiar que reforçava as dificuldades da paciente. A avaliação da inteligência nesse contexto não se resume a identificar o funcionamento cognitivo (embora esse seja um aspecto importante), mas também busca contribuir no entendimento da relação entre os prejuízos apresentados, a história clínica e os sintomas dos transtornos, integrando os conhecimentos nas áreas de avaliação, psicologia do desenvolvimento e psicopatologia. Nesse sentido, a utilização da avaliação da inteligência no entendimento dos transtornos mentais, considerando sua heterogeneidade, tem grande relevância e pode auxiliar no processo diagnóstico e no desenvolvimento de intervenções terapêuticas efetivas. Com isso, poderemos contribuir para que os indivíduos que sofrem com as consequências desses transtornos possam receber informações e tratamento adequado, aumentando sua qualidade de vida, que é o nosso objetivo maior.

REFERÊNCIAS

Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: a clinical workbook.* (2nd ed.). The Guilford Press New York.

Bienvenu, O.J. Davydow, D.S., & Kendler, K.S. (2011). Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychological Medicine*, *41*(1), 33-40.

Buck, J.N. (2003). *H-T-P: Casa – Árvore – Pessoa. Técnica projetiva de desenho. Manual e guia de interpretação*. São Paulo: Vetor.

Costa, P.T, Jr., & McCrae, R.R. (2010). *NEO-PI-R – Inventário de Personalidade NEO Revisado – Manual*. São Paulo: Vetor.

Vaz, C.E. (2006). *O Rorschach: Teoria e desempenho II: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2005). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos: Manual técnico.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Refere-se à parcela da variação total em uma característica (fenótipo) que é devida a fatores genéticos, ou seja, mede a proporção dos fatores que fazem a diferença de suscetibilidade entre as pessoas que é atribuível aos genes.

Parte 2

PERSONALIDADE

12

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE A PARTIR DE TEORIAS FATORIAIS DE PERSONALIDADE

Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
Cristian Zanon
Claudio Simon Hutz

TEORIAS FATORIAIS E O SURGIMENTO DO Big Five ou modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF)

O que faz as pessoas agirem de forma distinta, apresentarem interesses diversos e executarem atividades com diferentes níveis de aptidão são questões que já estavam presentes na Grécia Antiga (Wild & Revelle, 2009). No último século, entretanto, o interesse e a produção de conhecimento sobre essas questões permitiram o surgimento de uma área de estudo conhecida como "diferenças individuais", sendo que o estudo da personalidade se tornou tão popular a ponto de constituir uma área de investigação própria. Inicialmente, o estudo da personalidade ocorreu dentro da psicologia social, mas posteriormente individualizou-se, sendo que alguns periódicos, como *Journal of Personality and Social Psychology*, *Journal of Personality*, *European Journal of Personality* e *Personality and Individual Differences*, foram criados ou adequados, especificamente, para absorver a grande quantidade de conhecimento produzida na área. O modelo de personalidade mais investigado atualmente é conhecido como *Big Five* (BIG-5 ou Modelo dos Cinco Grandes Fatores – CGF), que explica a personalidade
humana a partir de cinco fatores amplos (Extroversão, Realização [Conscienciosidade], Socialização [Agradabilidade], Neuroticismo e Abertura à experiência). O modelo dos CGF ganhou muita visibilidade no meio acadêmico devido às inúmeras replicações ao redor do mundo – o que suporta a universalidade do modelo.

Antecedentes do modelo dos CGF remontam às teorias fatoriais da personalidade desenvolvidas, principalmente, por Gordon Allport, Raymond Cattell e Hans Eysenck (John, Angleitner, & Ostendorf, 1988). Essas teorias baseavam-se na hipótese léxica, que parte do princípio de que, se uma característica humana é relevante o suficiente para ser notada por outros e importante para as interações sociais, ela será descrita na linguagem por meio de um termo específico (Goldberg, 1981), porque as pessoas vão querer falar sobre ela. Uma pessoa desinibida que busca outros, constantemente, para conversar poderia ser caracterizada como "falante", por exemplo; enquanto uma pessoa bastante retraída e hesitante em abordar pessoas poderia ser caracterizada como "tímida" ou "quieta". Assim, as teorias fatoriais buscaram agrupar descritores (adjetivos e verbos no particípio) que compartilhassem características em comum. Por exemplo, é plausível pensar que características como ansiedade, irritação e insegurança sejam parte de um fator mais amplo, conhecido nos CGF como instabilidade emocional (ou neuroticismo), uma vez que tendem a coexistir em muitas pessoas.

Partindo do princípio de que descritores de características psicológicas, como comportamentos e atitudes, constituem características relativamente estáveis e relacionadas entre si em algum grau, os proponentes das teorias fatoriais valeram-se de um método estatístico, conhecido como análise fatorial, para investigar os agrupamentos de descritores – razão pela qual as teorias dos proponentes que usaram esse método ficaram conhecidas como teorias fatoriais. Devido à complexidade dos cálculos envolvidos e ao baixo poder computacional da época, as análises fatoriais levavam semanas (ou meses) para serem executadas e apresentavam grandes chances de erros no processo, o que desencorajava muitos a utilizarem a técnica. Contudo, o uso da análise fatorial propiciou o estudo sistemático de grandes quantidades de descritores e permitiu a teorização sobre o que os agrupamentos indicavam. A seguir, apresentaremos: 1) uma breve descrição das contribuições de Allport, Cattell e Eysenck para o desenvolvimento do

modelo dos CGF, 2) uma descrição detalhada do modelo dos CGF e 3) alguns testes desenvolvidos a partir dos modelos psicológicos já apresentados.

GORDON ALLPORT E OS DESCRITORES DE PERSONALIDADE

Allport (1897-1967) acreditava que a personalidade desempenhava um papel fundamental para a adaptação dos indivíduos ao seu meio. O autor diz que a personalidade é central no processo de ajustamento, pois modula as formas de reações comportamentais, emocionais e cognitivas das pessoas. Contudo, sua concepção de personalidade não representa uma posição passiva diante do ambiente, na medida em que as pessoas não apenas se ajustam ao ambiente, mas refletem a seu respeito. Além disso, as pessoas procuram, dentro de certos limites, dominá-lo e, às vezes, efetivamente conseguem modificá-lo de acordo com seus interesses e sua conveniência. Assim, Allport entendia que esses ajustamentos e as operações que as pessoas conseguem imprimir ao seu ambiente sempre são selecionados e dirigidos por sistemas específicos incluídos em sua personalidade (Nunes, 2005).

Partindo da hipótese léxica para o início da criação de uma nomenclatura comum (ou taxonomia) para o estudo da personalidade, Allport e outros psicólogos da época elencaram um grande número de (possíveis) descritores da personalidade a partir da linguagem natural (ver John e colaboradores [1988], para uma descrição detalhada do processo de seleção de descritores iniciado por Francis Galton). Para isso, Allport e Odbert (1936) selecionaram, aproximadamente, 18 mil descritores de personalidade de dois amplos dicionários. Posteriormente, os autores realizaram uma redução da lista inicial para 4,5 mil termos (adjetivos) que descreviam traços de -personalidade observáveis e relativamente estáveis. Apesar de utilizarem critérios de seleção de termos bastante inclusivos, mas capazes de discriminar o comportamento de uma pessoa em relação à outra, estimou-se na época que grande parte dos termos era pouco compreensível à população (John et al., 1998).

A teoria de Allport organizava os traços em uma estrutura hierárquica de três níveis: cardinais, centrais e secundários. O nível cardinal é o mais elevado, dominando e modelando o comportamento, e representa características extremamente marcantes da pessoa, como o altruísmo da Madre Teresa de Calcutá, o pessimismo de Schopenhauer ou a persistência de Einstein. Apesar da força dos traços cardinais, a maioria das pessoas não apresenta personalidade dominada por um ou dois traços cardinais, mas, sim, por múltiplos traços. Os traços centrais encontram-se no próximo nível da hierarquia e constituem características com tendências gerais que variam em algum grau na maioria das pessoas (p. ex., lealdade, empatia, confiança e mau humor). Traços centrais estruturam os comportamentos básicos da personalidade humana. Por fim, traços secundários constituem elementos menos estáveis relacionados a atitudes e preferências que podem se manifestar apenas em circunstâncias específicas. Eles estão no nível inferior da hierarquia e são usados para explicar incoerências do comportamento humano. Um exemplo seria uma estudante dedicada, mas que apresenta alta ansiedade diante de provas, o que acarreta notas baixas (Boundless Psychology, 2016).

O levantamento dos descritores de Allport constituiu uma importante fonte de consulta para estudos subsequentes, como os de Cattell, por exemplo, e contribuiu, consideravelmente, para o desenvolvimento de uma taxonomia que permitiria a diferentes pesquisadores estudar o mesmo fenômeno por meio do uso de uma nomenclatura comum. O desenvolvimento de uma taxonomia organizou a produção de conhecimento da época na área da personalidade, já que mesmos objetos de estudo frequentemente receberiam nomes diferentes, enquanto objetos diferentes, não raro, costumavam receber as mesmas designações.

RAYMOND CATTELL E A CRIAÇÃO DE 16 FATORES DE PERSONALIDADE

Cattell (1905-1998) foi um cientista dedicado ao método científico e ciente do progresso que as ciências naturais alcançaram pela utilização desse método. Estava convencido de que a economia social tradicional e as estratégias políticas, vigentes em sua época, estavam falhando e que uma possível solução poderia advir da investigação científica para o entendimento da natureza humana. Assim, ele foi atraído para a psicologia e percebeu as inúmeras possibilidades inexploradas da aplicação do método científico para os problemas humanos. No entanto, o motivo que parece ter influenciado mais na decisão de Cattell foi a sua convicção de que a psicologia só deveria ser estudada como uma ciência séria e que seus achados poderiam, por fim, ser usados para a solução de problemas humanos. No período em que obteve seu título de bacharel em química em Londres, conheceu pesquisadores (p. ex., Burt, Fisher e Spearman) que estavam desenvolvendo métodos matemáticos e estatísticos que seriam utilizados na psicologia (Nunes, 2005). Isso provavelmente motivou Cattell a conduzir estudos psicológicos utilizando métodos quantitativos como a análise fatorial, desenvolvida inicialmente por Spearman.

Em 1941, Cattell foi convidado por Gordon Allport para trabalhar na Universidade de Harvard e lá permaneceu por três anos. Esse período foi especialmente importante para o desenvolvimento das suas concepções acerca da personalidade por causa do ambiente estimulante de personologistas criativos como Henry Murray, Robert White e o próprio Allport. Foi em Harvard que Cattell começou a trabalhar com o mapeamento e a definição da personalidade e da motivação usando o método de análise fatorial, o qual já havia sido muito produtivo no estudo das habilidades (Nunes, 2005).

Cattell (1950) definiu traço de personalidade como uma estrutura mental que pode ser inferida a partir do comportamento observado para explicar a regularidade ou a consistência nesse comportamento. Em 1965, ele conceituou traço de uma forma ainda mais simples, como “uma tendência de reação relativamente permanente e ampla” (p. 28), e citou três modalidades de traços, a saber: a) traços de capacidade, b) traços de temperamento e c) traços dinâmicos. Um traço de capacidade é observado na forma como um indivíduo responde à complexidade de uma situação quando está ciente de que objetivos quer alcançar na situação e relaciona-se com a efetividade com a qual o indivíduo atinge esses objetivos (p. ex., determinação e persistência). Um traço de temperamento é em geral estilístico, no sentido de que modula o ritmo, a forma e a persistência das respostas das pessoas. Esse tipo de traço cobre uma grande variedade de respostas específicas e é muito relacionado com aspectos constitucionais da pessoa (p. ex., tranquilidade e ansiedade). Já os traços dinâmicos relacionam-se com as motivações e os interesses dos indivíduos, levando-os a agir ativamente para alcançar alguma meta. “Fala-se de traços dinâmicos quando se descrevem indivíduos como amorosos, ambiciosos, interessados em esportes ou tendo uma atitude antiautoritária” (Cattell, 1965, p. 28).

Um dos primeiros objetivos de Cattell foi a identificação de fatores da personalidade humana a partir dos agrupamentos léxicos desenvolvidos por seu antecessor, Allport. Assim, ele buscou reduzir os 4,5 mil descritores a partir da eliminação de sinônimos para a criação de um conjunto de traços mais facilmente manipuláveis, chegando a 171 palavras (John et al., 1998). Cattell, contudo, não acreditava que a presença ou a ausência de traços era a forma adequada para descrever a personalidade, mas que os traços variavam em um *continuum* (Boundless

Psychology, 2016). Por exemplo, enquanto algumas pessoas tendem a buscar outras para conversarem (um dos extremos do *continuum*), outras são mais reservadas e tendem a evitar desconhecidos (extremo oposto do *continuum*). Nessa concepção, as diferenças individuais, que tornam cada indivíduo único, devem-se à manifestação ou à configuração dos traços (como sendo altos ou baixos). Outro critério usado para a redução dos traços foi a criação de sinônimos e antônimos de forma a estabelecer pares que permitissem situar o polo inferior e o superior do traço (p. ex., quieto – falante, desorganizado – ordenado e calmo – nervoso).

A partir de experimentos com o método de introspecção para a coleta de dados sobre sentimentos e comportamentos, Cattell utilizou a análise fatorial para entender como os dados agrupavam-se. Ele chegou a 16 fatores que explicavam os traços da personalidade humana (p. ex., emotividade, vivacidade, abertura à mudança, perfeccionismo, privacidade, inteligência, consciência a regras, tensão, sensibilidade, audácia social, autoconfiança, vigilância e dominância). Esse conjunto de fatores subsidiou o desenvolvimento de um teste de personalidade – o Sixteen Personality Factors Questionnaire (16PF) (Cattell, Cattell, & Cattell, 2003). Apesar de o modelo proposto partir de uma redução considerável dos descritores de Allport, críticos consideram-no muito amplo.

HANS EYSENCK E A CRIAÇÃO DE TRÊS FATORES DE PERSONALIDADE

Eysenck (1916-1997) foi um teórico da personalidade que dedicou seus esforços ao estudo do temperamento inato (Boundless Psychology, 2016), ou seja, das diferenças de personalidade geneticamente produzidas. Foi influenciado pela tradição britânica em psicologia em seu contato com Galton e Spearman, que, na época, trabalhavam à luz da teoria evolucionista de Charles Darwin, e aplicou os métodos (análise fatorial) que haviam sido previamente utilizados para analisar medidas de inteligência no estudo da personalidade.

A comunidade científica reconhece que Eysenck trouxe à ciência o estudo da personalidade humana e tentou comunicar os mecanismos psicológicos e fisiológicos complexos ao público leigo em uma linguagem simples e compreensível (Gibson, 1981). Como destacado teórico fatorial contemporâneo, Eysenck tendeu para um enfoque rigoroso e operacional. Não deu muito crédito às dimensões da personalidade elaboradas fora do âmbito do método quantitativo e criticou, duramente, a teoria psicanalítica pela falta de suporte empírico (Eysenck, 1986).

Eysenck (1953) definiu a personalidade como uma organização relativamente estável e duradoura do caráter, do temperamento, do intelecto e do físico de uma pessoa, a qual determina seus ajustamentos próprios ao ambiente. O autor introduz esses conceitos na sua definição de personalidade para dar a ideia de que ela envolve sistemas e estruturas de traços. Segundo ele, "caráter" denota um sistema pessoal mais ou menos estável e duradouro de comportamento conativo (vontade); "temperamento" seria um sistema mais ou menos estável e duradouro de comportamentos afetivos (emoção); "intelecto" seria seu sistema mais ou menos estável e duradouro de comportamentos cognitivos (inteligência); e, por fim, "físico" seria seu sistema mais ou menos estável e duradouro da configuração corporal e seus atributos neuroendócrinos (p. 2).

Eysenck acreditava que a personalidade é em grande parte governada pela biologia e via as pessoas como tendo duas dimensões específicas de personalidade: extroversão *versus* introversão e neuroticismo *versus* estabilidade. Depois de colaborar com sua esposa, a personologista teórica Sybil Eysenck, ele acrescentou uma terceira dimensão a esse modelo: psicoticismo *versus* socialização. O autor acreditava que essas dimensões se estruturavam em um *continuum* em que introversão, por exemplo, representa o polo inferior da dimensão enquanto extroversão representa seu polo superior. Assim, pessoas no polo da extroversão tendem a ser mais sociáveis e falantes; enquanto pessoas no polo da introversão tendem a priorizar atividades solitárias, ser mais quietas e evitar contato com os outros. Em relação ao segundo fator, pessoas no polo do neuroticismo tendem a apresentar reações exageradas do sistema nervoso simpático demonstrando alto estresse e ansiedade. Mesmo em situações de baixo estresse, seu organismo e suas emoções tendem a apresentar reações de fuga ou ataque. Por outro lado, pessoas consideradas no polo da estabilidade (emocional) requerem maior nível de estimulação para o acionamento do sistema de fuga ou ataque e são consideradas mais estáveis emocionalmente. Na dimensão psicoticismo/socialização, pessoas situadas no polo do psicoticismo tendem a ser frias, inconformistas, antissociais e hostis. Do contrário, as pessoas no polo da socialização tendem a ter alto controle de impulso: são mais altruístas, empáticas, cooperativas e convencionais (Boundless Psychology, 2016).

O modelo da personalidade de Eysenck resultou no desenvolvimento de vários testes para avaliar as dimensões propostas. Foram produzidas versões cada vez mais longas dos testes (Tiwari, Sigh, & Sigh, 2009, para mais detalhes sobre os testes desenvolvidos), pois testes mais longos produziriam mais fidedignidade na medida (o que atualmente não é necessário devido à Teoria de Resposta ao Item). Além disso, também foi feita a inclusão do terceiro fator ao modelo. Alguns dos testes produzidos foram: Questionário Médico Maudsley contendo 40 itens (Eysenck, 1959), o Inventário de Personalidade Maudsley contendo 48 itens (Eysenck, 1959), o Inventário de Personalidade Eysenck contendo 57 itens (Eysenck, H. & Eysenck, S., 1964), o Questionário de Personalidade Eysenck contendo 90 itens (Eysenck, H. & Eysenck, S., 1975) e o Questionário de Personalidade Eysenck Revisado contendo 100 itens (Eysenck, S., Eysenck, H., & Barrett, 1985).

O MODELO DOS CINCO GRANDES FATORES

Nas últimas décadas, com a realização de um grande volume de pesquisas que buscaram verificar a relação de diferentes instrumentos de medida da personalidade e como seus itens poderiam ser reorganizados de forma mais compreensiva e parcimoniosa, gradualmente foi reconhecida a relevância de um modelo referido como Cinco Grandes Fatores (CGF). O modelo dos CGF, diferentemente dos demais referidos neste capítulo, não contou com a figura de um autor principal que o elaborou nem de um modelo teórico especial que o fundamentou. Ao contrário disso, foi produto da convergência dos resultados do trabalho desenvolvido por pesquisadores de diferentes épocas e tradições de pesquisa (Allport & Odbert, 1936; Goldberg, 1981; John & Srivastava, 1999; McCrae & Costa, 2008; Tupes & Christal, 1992).

Neste capítulo, não se pretende detalhar a história do modelo dos CGF. No entanto, de forma resumida, podemos dizer que o modelo foi oriundo do avanço dos métodos estatísticos para a identificação de como os construtos/fenômenos psicológicos poderiam ser explicados em termos de dimensões ou fatores (para mais detalhes da história dos CGF, ver Hutz et al., 1998 e Nunes & Hutz, 2002). Em termos teóricos, o modelo apoia-se nos conceitos de traços de personalidade e sua organização hierárquica, os quais foram amplamente discutidos por Allport, Eysenck, Cattell, entre outros teóricos. Também foi fruto das pesquisas envolvendo a organização da linguagem natural na forma de descritores de traços, ou seja, palavras usadas pelas pessoas para descreverem a si mesmas ou a outras pessoas em termos psicológicos (John et al., 1988).

No modelo dos CGF, entende-se que a personalidade pode ser adequadamente explicada em termos de cinco grandes dimensões relativamente independentes (pouco relacionadas), as quais são denominadas no Brasil como Extroversão, Socialização (também referida como Amabilidade), Realização (também referida como Conscienciosidade), Neuroticismo e Abertura (Hutz et al., 1998). Assim como nos modelos já descritos neste capítulo, adota-se o pressuposto de que os indivíduos apresentam níveis específicos em cada um dos fatores e, portanto, as avaliações realizadas a partir dos CGF não buscam simplesmente alocar as pessoas em categorias específicas, como *extrovertidas* ou *introvertidas*, mas, sim, identificar a sua posição entre esses polos extremos.

No modelo dos CGF, *Extroversão* é definida, de forma resumida, como o fator que descreve o nível típico de interações sociais em que as pessoas se engajam, o quanto buscam estabelecer contato com outras pessoas, o quanto se sentem à vontade para falar sobre si mesmas, se preferem fazer tarefas de forma coletiva ou solitária e quanto conseguem se dirigir a outras pessoas para manifestar seus interesses e lutar por seus direitos.

Socialização refere-se à qualidade típica das interações sociais em que os indivíduos se envolvem. Engloba aspectos como empatia, interesse em promover o bem-estar das demais pessoas, esforço para ajudá-las a superar dificuldades e nível de confiança nos outros. Esse fator também é chamado *Amabilidade* por alguns autores (Andrade, 2008; Costa et al., 2008).

Realização é o componente da personalidade que engloba traços como persistência, esforço e foco na realização de tarefas relevantes, capacidade de manter a motivação mesmo diante de dificuldades, tendência a antecipar o resultado de ações, busca de meios para alcançar metas e objetivos para o futuro. Esse fator também é referido como *Conscienciosidade* no Brasil (Andrade, 2008).

Neuroticismo é considerado o componente emocional da personalidade e engloba traços que envolvem tendências sobre como as pessoas reagem emocionalmente a situações. Esse fator agrega traços que variam desde estabilidade emocional, um dos polos, até ansiedade, depressão e baixa autoestima, no polo oposto. Também tem sido definido como a tendência das pessoas em experienciar emoções negativas (Hutz & Nunes, 2001; Soto & John, 2016).

Abertura a experiências é um fator que agrega traços que indicam, em um polo, tendência à curiosidade, flexibilidade, interesses artísticos, busca ativa por novas experiências, emoções e ideias e, no outro polo, uma preferência à manutenção da rotina, um certo nível de dogmatismo e menor interesse por ter contato com novas ideias e valores.

Assim como os já referidos modelos de Eysenck, de Cattell e de Allport, os CGF apresentam uma estrutura hierárquica geralmente descrita em dois níveis: os fatores gerais e suas facetas. Os fatores gerais são os cinco traços amplos referidos no nome do modelo, e as facetas são traços mais específicos, os quais são usados em contextos em que se necessite de um maior detalhamento do perfil psicológico dos indivíduos. Para cada tipo de aplicação, deve ser avaliado o nível adequado de detalhamento dos traços a serem mensurados. Assim, por exemplo, Extroversão é considerada um fator amplo, o qual tem sido descrito por traços mais específicos (estes são as suas facetas), como assertividade, nível de comunicação, altivez e interações sociais (Nunes & Hutz, 2006). Conforme destacam Soto e John (2016), níveis amplos (como Extroversão) apresentam como vantagem resumir um grande conjunto de comportamentos e podem predizer vários critérios relevantes. Níveis mais específicos de traços (como Assertividade) têm como vantagem apresentar maior fidelidade, ou seja, apresentam uma descrição mais apurada do comportamento e podem predizer de melhor forma aspectos idiossincráticos. Considerando que ambas as abordagens apresentam vantagens e desvantagens, uma solução que tem sido utilizada em várias medidas da personalidade é a avaliação hierárquica dos traços, ou seja, os níveis verificados em traços mais específicos são utilizados para estimar a magnitude nos mais amplos, que são os fatores gerais.

Um aspecto que deve ser ressaltado é o de que, apesar de os CGF serem descritos de forma bastante semelhante entre os pesquisadores da área, as suas facetas podem apresentar relativa diferença, dependendo de que contexto a que esteja sendo direcionada a pesquisa, de especificidades culturais ou mesmo em função de aspectos específicos na construção das suas medidas. Diferentes pesquisadores do modelo dos CGF propuseram conjuntos diferentes de facetas, apesar de estas terem sobreposições nos variados instrumentos. O NEO-PI-R, que é um instrumento bastante utilizado internacionalmente, apresenta seis facetas para cada um dos cinco fatores (Costa & McCrae, 1992), enquanto uma estrutura mais resumida, na qual cada fator é explicado por dois traços mais específicos, foi proposta por DeYoung, Quilty e Peterson (2007). Já a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), que é um instrumento para a avaliação da personalidade construído no Brasil (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010), apresenta uma estrutura na qual cada fator é representado por três a quatro facetas.

Entre os trabalhos que buscam integrar as diferentes facetas propostas em medidas para avaliação dos CGF, destaca-se o realizado por Soto e John (2016) na construção da segunda versão do Big-Five Inventory (BFI-2). Nesse processo, a primeira etapa realizada pelos autores visou a identificar, conceitual e empiricamente, conjuntos recorrentes e relevantes de facetas para cada um dos cinco fatores. Considerando que buscavam desenvolver uma medida relativamente breve, capaz de dar informações no nível dos fatores e das facetas, e embasados em pesquisas anteriores que indicavam que um número relativamente pequeno de traços é capaz de capturar

uma grande quantidade de informações sobre a personalidade (DeYoung et al., 2007), os autores definiram que cada fator dos CGF seria representado no BFI-2 por três facetas. A Tabela 12.1 apresenta as 15 facetas que compõem o BFI-2, sua relação com algumas versões internacionais proeminentes do BIG-5 e com um instrumento brasileiro para avaliação dos CGF – a BFP.

TABELA 12.1
Facetas do BFI-2 e suas relações com versões internacionais proeminentes do BIG-5 e com a BFP

BFI-2: domínios e facetas	Definições das facetas do BFI-2 (Soto & John, 2016)	NEO-PI-R (McCrae & Costa, 2008)	AB5C (Goldberg, 1999)	Componentes léxicos (Saucier & Ostendorf, 1999)	Aspectos do BIG-5 (DeYoung et al., 2007)	BFP (Nunes et al
Extroversão						Extroversão
Sociabilidade	Desejo de manter relações sociais e ligar-se aos outros	Gregariedade	Gregariedade	Sociabilidade	Entusiasmo	E1 – Nível d comunicaçã
Assertividade	Vontade de expressar opiniões e objetivos pessoais em situações sociais	Assertividade	Assertividade	Assertividade	Assertividade	E3 – Dinamismo/
Nível de energia	Afeto positivo e nível de atividade física	Emoções positivas/atividade		Atividade – aventura	Entusiasmo	E4 – Interaç
Socialização (Amabilidade)						Socialização
Compaixão	Preocupação ativa pelo bem-estar dos outros	Altruísmo	Compreensão	Afeição	Compaixão	S1 – Amabil
Respeito	Polidez e respeito, inibição de impulsos agressivos e antagonistas	Conformidade	Cooperação	Gentileza	Polidez	S2 – Pró-soc
Confiança	Crenças positivas generalizadas nas outras pessoas	Confiança	Amabilidade			S3 – Confiar
Realização (Conscienciosidade)						Realização
Organização	Tendência a buscar ordem	Ordem	Ordem	Ordem	Ordem	

	e estrutura					
Produtividade	Gosto pelo trabalho (*work ethic*), persistência e busca dos objetivos	Autodisciplina	Eficiência			R1 – Compe
Responsabilidade	Engajamento para cumprir compromissos e obrigações	Responsabilidade	Responsabilidade	Confiabilidade		R3 – Empen
Neuroticismo (“Emocionalidade” negativa)						Neuroticism
Ansiedade	Tendência a vivenciar medo e perceber ameaças	Ansiedade	Resistência (R)	Emocionalidade	Apatia	
Depressão	Tendência a vivenciar tristeza, baixos níveis de energia		Felicidade (R)	Insegurança	Apatia	N4 – Depres
Volatilidade emocional	Mudança de humor, instabilidade emocional		Estabilidade (R)	Irritabilidade	Volatilidade	N2 – Instabi
Abertura (*Open-mindedness*)						Abertura
Curiosidade intelectual	Interesse em ideias e motivação em aprender e entender coisas novas	Ideias	Intelecto	Intelecto	Intelecto	A1 – Abertu
Sensibilidade estética	Apreciar arte e beleza a partir de diferentes expressões artísticas	Estética	Reflexão		Abertura	
Imaginação criativa	Gerar novas formas de fazer ou pensar sobre as coisas, *insight*	Fantasia	Ingenuidade	Imaginação – Criatividade		A1 – Abertu

ESTABILIDADE DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE AO LONGO DA VIDA

Conforme já discutido, os cinco fatores são considerados traços amplos de personalidade. Os traços de personalidade referem-se a características *relativamente* estáveis dos indivíduos que influenciam a forma como se comportam, pensam e sentem-se diante dos eventos que lhes acontecem ao longo de sua vida (Roberts, Wood, & Caspi, 2008). Alguns autores, como Costa e McCrae (1992), Tellegen, McGuee, entre outros, defenderam a perspectiva de que traços de personalidade apresentam uma elevada estabilidade ao longo da vida. McCrae e Costa (1994) realizaram pesquisas para avaliar quando os traços se estabilizam e concluíram que, em geral, isso ocorre por volta dos 30 anos de idade.

Apesar da grande popularidade que a concepção da "estabilidade dos traços" alcançou na literatura em psicologia e no público em geral, pesquisas mais recentes têm apontado que tal estabilidade, na verdade, só é alcançada em idades bem mais avançadas, dos 50 aos 70 anos. Além disso, foi verificado que o nível máximo de estabilidade não é tão elevado quanto defendido inicialmente (Roberts & DelVecchio, 2000).

Outros estudos buscaram verificar as mudanças nos traços de personalidade derivadas da maturidade, que ocorre com o aumento da idade, e avaliaram a consistência na média dos níveis dos traços ao longo dos anos. Canals, Vigil-Colet, Chico, & Martí-Henneberg (2005) verificaram a consistência na adolescência, enquanto Soto, John, Gosling, & Potter (2011) realizaram um estudo em uma amostra que incluiu desde crianças a pessoas com 65 anos e avaliaram as mudanças também no nível das facetas. Também foram realizados estudos com o controle de aquiescência (Soto, John, Gosling, & Potter, 2008) e por meio de metanálise com amostras de variadas idades (Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006). Esses estudos indicaram a ocorrência de mudanças nos traços de personalidade ao longo da vida, com uma tendência ao aumento nos níveis de realização, dominância social (um aspecto de extroversão), socialização e estabilidade emocional (o polo negativo de Neuroticismo). Tais pesquisas apontam para mudanças nos níveis dos traços de personalidade, principalmente relacionadas com o princípio da *maturidade* (alguns traços tendem a mudar com a idade), da *continuidade cumulativa* (a consistência tende a aumentar ao longo da vida) e *continuidade dos papéis* (influência de papéis sociais sobre os traços) (Roberts et al., 2008).

Outras pesquisas buscaram verificar a influência da trajetória individual das pessoas ao longo de suas vidas e como ela pode influenciar o desenvolvimento dos traços de personalidade. Tais mudanças são mapeadas por métodos que verificam a *continuidade ipsativa* e *diferenças individuais em mudança* (Roberts et al., 2008). O primeiro método mapeia a continuidade da configuração dos traços no indivíduo ao longo do tempo e, de uma forma resumida, indica que traços podem interagir entre si de tal forma que direcionam o padrão de desenvolvimento ao longo do tempo.

Já a perspectiva de estudo das *diferenças individuais em mudança* busca acompanhar as mudanças nos níveis dos traços dos indivíduos que se afastam da mudança média no nível da população (Roberts et al., 2008), ou seja, o quanto as pessoas apresentam alterações em seus traços que são diferentes das mudanças típicas para seus grupos. Estudos nessa linha têm apontado para a influência dos eventos de vida e das condições ambientais sobre mudanças nos traços de personalidade, como é o exemplo do estudo de Roberts e Mroczek (2008). Essa

abordagem potencialmente é de grande interesse para a investigação de intervenções no contexto escolar e seu impacto sobre as competências socioemocionais. Por fim, para um maior detalhamento dos avanços da área do desenvolvimento da personalidade, sugere-se o artigo de De Fruyt e Van Leeuwen (2014).

Tópicos emergentes

Apesar de o modelo dos CGF ter se desenvolvido a partir de pesquisas realizadas com frequência em populações gerais e voltados ao contexto da avaliação psicológica, no decorrer das décadas evidenciou-se uma ampliação das pesquisas para outros contextos. Neste capítulo, discutiremos o uso do modelo dos CGF no contexto clínico e em avaliações educacionais em larga escala.

O uso do modelo dos CGF no contexto clínico

Apesar de uma parte significativa dos instrumentos para a avaliação da personalidade no modelo dos CGF ter sido desenvolvida de forma direcionada à população geral, grupo este que geralmente apresenta níveis adaptativos nos traços de personalidade, alguns autores têm desenvolvido pesquisas para avaliar a aplicabilidade clínica dos CGF (Widiger & Costa, 2013). Para entender adequadamente esse ponto, é necessário diferenciar duas formas de abordar a questão dos transtornos da personalidade: a partir de modelos categóricos e dos modelos dimensionais.

Modelos categóricos, os quais são amplamente adotados nos sistemas “tradicionais” para a identificação de transtornos da personalidade, como o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) (American Psychiatry Association [APA], 2013), buscam, a partir do mapeamento da ocorrência de um conjunto já elencado de sintomas, identificar se é possível indicar que uma pessoa apresente um dado transtorno. Nesse tipo de modelo, a conclusão do processo diagnóstico é o de que uma pessoa apresenta ou não um dado transtorno da personalidade. O transtorno da personalidade histriônica, por exemplo, é identificado no DSM-V a partir da ocorrência de ao menos cinco sintomas de um total de oito, que foram selecionados como centrais para a identificação do quadro. Pessoas que forem avaliadas em relação a esses oito sintomas podem, dessa forma, atender ao diagnóstico de transtorno histriônico por diferentes combinações de cinco deles, o que é chamado de polimorfismo. Essa questão é considerada uma fragilidade por críticos desse tipo de sistema (Widiger & Frances, 2002), uma vez que aloca pessoas com diferentes características relevantes em uma mesma condição.

Sistemas clínicos dimensionais para personalidade partem do pressuposto de que um conjunto central de traços de personalidade pode ser igualmente avaliado em casos clínicos e não clínicos. O que diferencia as pessoas com quadros clínicos (ou seja, com prejuízos funcionais) é que elas geralmente apresentam níveis extremos em alguns desses traços de personalidade. É considerado, a partir dessa abordagem, que, de forma geral, níveis intermediários nos traços de personalidade estão associados à flexibilidade e à adaptabilidade.

Para ilustrar essa concepção, podem-se citar alguns dos traços que foram anteriormente enumerados como sendo característicos do fator Extroversão: nível de comunicação e intimidade. Pode-se levantar a hipótese de que um indivíduo com nível médio nessas características seja alguém capaz de comunicar-se adequadamente quando necessário, mesmo não tendo uma especial necessidade de manifestar-se em situações públicas. Pode-se também caracterizá-lo como uma pessoa que é capaz de falar sobre sua intimidade com pessoas mais

próximas, mas tende a mostrar-se mais reservada diante de pessoas desconhecidas ou em ambientes menos propícios para tocar nesses assuntos. Pode-se imaginar, em contrapartida, como seriam indivíduos com níveis extremamente elevados nesses mesmos traços: apresentam fortes necessidades de comunicação, possivelmente iniciando conversas com conhecidos e desconhecidos em situações propícias ou não. Além disso, tendem a manifestar-se mesmo em situações em que tal ação não seria adequada, apresentando teatralidade e expressão exagerada das emoções. Em relação ao nível extremo de intimidade, podem ter uma percepção superestimada sobre a profundidade das relações que estabelecem, entendendo que sejam grandes amigas mesmo aquelas pessoas com as quais mal tiveram contato. Tendem a compartilhar com as pessoas fatos da sua intimidade que podem ser constrangedores para elas, especialmente se forem relações superficiais.

O nível elevado nesses dois traços, ao ocorrerem simultaneamente, aprofunda ainda mais os potenciais problemas gerados nesse indivíduo hipotético ou nas pessoas com quem se relaciona. A forte necessidade de se expressar e a tendência a avaliar as suas relações como mais profundas do que de fato são podem ser consideradas, nessa situação, mal-adaptativas. Vale citar que, de fato, tais características são consideradas como sintomas relevantes para a identificação do transtorno da personalidade histriônica, conforme definido no DSM-V.

Desse último ponto devem ser destacados alguns aspectos. Há volumosa literatura científica sobre a relação entre modelos categóricos e dimensionais, especialmente usando como referência os CGF (Widiger & Costa, 2013). De forma resumida, o que se obteve até o momento foi um conjunto de evidências que indicam que transtornos identificados em sistemas categóricos podem ser amplamente explicados como resultados específicos em traços avaliados em modelos dimensionais, ideia essa compatível com a de perfis psicológicos. É importante mencionar que esse mapeamento costuma ser feito não a partir dos cinco fatores gerais, mas a partir de suas facetas.

Outro ponto muito relevante é o de que não é possível explicar um dado transtorno em um sistema categórico unicamente por resultados particulares nas facetas de um único fator da personalidade, ou seja, não existe uma correspondência direta de um transtorno para uma dimensão dos CGF. O transtorno da personalidade histriônica, já citado, pode ser explicado principalmente por resultados extremos em facetas de Extroversão, mas também envolvem outros fatores, como Neuroticismo e Abertura (Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson, & Costa, 2002).

Além dos trabalhos que buscaram mapear a relação entre os CGF e os quadros diagnósticos apresentados por sistemas como o DSM, devem também ser comentados os trabalhos que buscaram encontrar uma base comum entre esses dois sistemas. O trabalho de Widiger e Simonsen (2005) serviu como referência à criação do Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5, do inglês Personality Inventory for DSM-5) (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012): medida proposta no DSM-V para avaliar os níveis em um conjunto de traços de personalidade considerados relevantes no contexto clínico. Esse instrumento foi construído para avaliar cinco dimensões mal-adaptativas da personalidade, a saber: desapego (*detachment*), antagonismo, impulsividade (*disinhibition*), afeto negativo e psicoticismo. Salienta-se que, apesar de o instrumento também avaliar cinco fatores, apenas os quatro primeiros apresentam relação direta com os CGF. Os transtornos mapeados pelo PID-5 apresentam relação inversa, ou seja, apontam para níveis baixos, respectivamente, dos fatores Extroversão, Socialização, Realização e para níveis elevados de Neuroticismo. Conforme apontam Krueger e colaboradores

(2012), considerando-se os transtornos catalogados no DSM-V, são exceção o transtorno da personalidade histriônica, o qual principalmente pode ser explicado por um nível elevado de Extroversão, e o transtorno obsessivo-compulsivo, o qual é primordialmente explicado por um nível elevado de Realização.

No DSM-5, o procedimento para a realização de um diagnóstico clínico envolve, inicialmente, avaliar se há um comprometimento ao menos moderado no funcionamento da personalidade. Caso afirmativo, é verificado se algum transtorno da personalidade – considerando-se uma abordagem categórica – é capaz de explicar o funcionamento do indivíduo. É verificada a ocorrência de traços em níveis extremos se nenhum tipo específico é encontrado ou se o objetivo é obter uma maior especificidade clínica. É nessa última fase que a proposta dimensional é adotada, a partir do uso do PID-5, para a mensuração dos níveis dos traços.

A avaliação de transtornos da personalidade a partir do modelo dos CGF pode ser realizada com o auxílio de instrumentos gerais para a avaliação desse fenômeno (De Fruyt et al., 2013; Gasparetto, 2015; Gasparetto & Hutz, no prelo; Nunes, Nunes, & Hutz, 2006). No entanto, o fato de esses instrumentos terem sido construídos para avaliar níveis adaptativos dos traços de personalidade ocasiona que apresentem limites para esse uso. A principal dificuldade para tais instrumentos é a de que, apesar de poderem indicar em seus resultados que pessoas com níveis mal-adaptativos apresentam resultados diferenciados daquelas sem quadros clínicos, seus itens apresentam baixa capacidade de discriminar casos clínicos com diferentes gravidades. Para viabilizar tal diferenciação, é indicado o uso de testes especificamente desenvolvidos para a avaliação clínica.

A avaliação de transtornos da personalidade a partir de instrumentos dimensionais baseados nos CGF conta, internacionalmente, com medidas com robusto suporte científico, como o DIPSI, o HiPIC e, de certa forma, o PID-5 (De Clercq, De Fruyt, Leeuwen, & Mervielde, 2006; Krueger et al., 2012; Mervielde & Fruyt, 1999). O Quadro 12.1 apresenta como as dimensões de tais instrumentos são relacionadas com os CGF. É importante citar, no entanto, que a relação da dimensão Abertura, conforme definida nos modelos gerais, não inclui alguns traços considerados relevantes nos modelos clínicos.

QUADRO 12.1
Correspondência entre os CGF e as dimensões de três instrumentos clínicos

CGF	PID-5	DIPSI	HiPIC
Neuroticismo	Afeto Negativo	Instabilidade Emocional	Neuroticismo
Extroversão	Distanciamento	Introversão	Extroversão
Abertura	Psicoticismo	Singularidade	Abertura
Socialização	Antagonismo	Desagradabilidade	Agradabilidade
Realização	Desinibição	Compulsividade	Conscienciosidade

No Brasil, não temos ainda instrumentos clínicos baseados nos CGF publicados e autorizados para uso profissional (Conselho Federal de Psicologia, 2016). No entanto, estão sendo realizados projetos de pesquisas por alguns laboratórios de pesquisa brasileiros com o objetivo de desenvolver ou adaptar instrumentos para esse fim.

Por fim, entende-se ser relevante apontar que a avaliação clínica também pode se beneficiar de um formato de testagem considerado inovador, denominado Testagem Adaptativa Computadorizada (CAT, do inglês Computerized Adaptive Testing). Testes adaptativos

computadorizados são montados de forma interativa, isto é, conforme um indivíduo vai dando respostas a itens do teste, o sistema estima, de forma parcial, o seu nível nos traços que estão sendo mensurados. Dependendo desse nível, itens específicos são selecionados para as próximas rodadas. Assim, os testes baseados em CAT acabam sendo customizados para as pessoas que os respondem, conforme seu perfil psicológico. Assim, por exemplo, a pessoas com níveis adaptativos de ansiedade são apresentados itens que descrevem níveis também adaptativos desse traço. Indivíduos com níveis mais elevados, talvez clínicos, de ansiedade serão expostos a itens que descrevem níveis mais severos desse construto.

Em âmbito internacional, já estão sendo desenvolvidos testes clínicos baseados em sistemas computadorizados adaptativos (Simms et al., 2011; Simms & Clark, 2005). No Brasil, a Bateria Adaptativa de Personalidade (BAP) (Nunes, Spenassato, Bornia, & Primi, 2015) está sendo desenvolvida inicialmente para avaliar níveis adaptativos da personalidade. No entanto, está sendo avaliada a possibilidade de incluir no banco de itens um conjunto específico para a avaliação clínica.

Os traços de personalidade podem ser trabalhados no contexto escolar?

Há fortes evidências empíricas que sugerem a viabilidade de intervenções no contexto escolar com o objetivo de promover o desenvolvimento das competências socioemocionais (CSE) a partir da abordagem dos CGF. Tais propostas de intervenção geralmente são ancoradas na noção já apresentada de que, apesar de os traços de personalidade apresentarem um componente relativamente estável, também há uma parcela de sua variância que tende a mudar em função de maturidade, educação, intervenções, trajetórias de vida únicas, entre outras variáveis (Almlund, Duckworth, Heckman, & Kautz, 2011; Roberts et al., 2008).

Também apresenta respaldo na literatura científica a concepção de que a personalidade pode ser entendida a partir de duas camadas, sendo uma mais constitutiva e resistente às mudanças e outra mais flexível e mais viável de ser trabalhada no ambiente escolar. Kyllonen, Lipnevich, Burrus, & Roberts (2014) apresentam esses dois níveis como *traços* e *processos* e afirmam que traços e processos podem agir conjuntamente na mudança da personalidade. Os autores indicam ainda que a personalidade pode ser entendida como uma habilidade que pode ser desenvolvida como qualquer outra. Assim, os princípios que regem as mudanças de habilidade, como o efeito da prática e o princípio de que habilidades mais específicas são mais fáceis de mudar do que as mais amplas, podem ser aplicados aos esforços no desenvolvimento da personalidade. A proposta dos autores é inspirada no modelo sociogenômico de traço de personalidade de Roberts (2009). Nesse modelo, aspectos ambientais e situacionais interagem com os estados (pensamentos, emoções e comportamentos), os quais estão em um nível abaixo dos traços. O autor ressalta que, para que uma mudança seja promovida nos traços de personalidade a partir de uma alteração ambiental, o que em geral é feito em programas educacionais, é essencial que esta seja persistente.

Kyllonen e colaboradores (2014) propõem métodos de intervenções que apresentam evidências de efetividade para o desenvolvimento de aspectos como autocontrole, autoeficácia, resolução de problemas, resolução de conflitos, liderança e tomada de decisão, sendo mapeados no modelo dos CGF. Os métodos apresentados incluem, por exemplo, treinamento em pensamento crítico (abertura), habilidades para estudar (realização) e trabalho em grupo e liderança (extroversão e amabilidade).

Heckman e Kautz (2012) discutem o relevante papel da personalidade como uma das *soft skills* como componente causal de aspectos relevantes na vida das pessoas. Os autores discutem resultados que indicam que o programa Perry Preschool foi capaz de promover mudanças em aspectos da personalidade de crianças em traços que tiveram efeito causal em variáveis de resultados relevantes, como taxa de retorno. Os autores citam ainda estudos observacionais e intervenções que forneceram evidências de que a promoção de mudanças em traços de personalidade propicia melhores resultados em longo prazo em variáveis de resultado. Em se tratando de intervenções especificamente direcionadas ao desenvolvimento de Conscienciosidade, considerado o fator da personalidade mais relacionado a variáveis de desempenho escolar, os autores indicaram que elas "são designadas para isolar um mecanismo específico produzindo mudança comportamental" (p. 13). Tal estratégia é coerente com as recomendações de intervenção apresentadas pela National Academy of Sciences (Pellegrino & Hilton, 2012).

REFERÊNCIAS

Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, *47*(1), i-171.

Almlund, M., Duckworth, A. L., Heckman, J. J., & Kautz, T. D. (2011). Personality psychology and economics. In E. A. Hanushek, S. Machin, & L. Wossmann (Orgs.), *Handbook of the economics of education*. Amsterdam: Elsevier: National Bureau of Economic Research. Recuperado de: http://www.econstor.eu/bitstream/10419/51914/1/664348866.pdf

American Psychiatry Association. (APA). (2013). *Diagnostic and Statisti- cal Manual of Mental disorders – DSM-5* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Andrade, J. M. D. (2008). *Evidências de validade do inventário dos cinco grandes fatores de personalidade para o Brasil.* Tese de doutorado, UNB, Brasília.

Boundless Psychology (2016). *Allport's, Cattell's, and Eysenck's Trait Theories of Personality*. Recuperado de: www.boundless.com/psychology/textbooks/boundless-psychology-textbook/personality-16/trait-perspectives-on-personality-79/allport-s-cattell-s-and-eysenck-s-trait-theories-of-personality-310-12845/

Canals, J., Vigil-Colet, A., Chico, E., & Martí-Henneberg, C. (2005). Personality changes during adolescence: the role of gender and pubertal development. *Personality and Individual Differences*, *39*(1), 179-188.

Cattell, R. B. (1950). *Personality: A systematic theoretical and factual study*. McGrawHill.

Cattell, R. B. (1965). *The scientific analysis of personality*. Londres: Penguin.

Cattell, R.B., Cattell, A.K., & Cattell, H.E.P. (1993). *16PF Questionnaire*. (5th ed.). Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Cattell, R.B., Cattell, A.K., Cattell, H.E.P., Russell, M.T. & Bedwell, S. (2003) The PsychEval Personality Questionnaire. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Conselho Federal de Psicologia. (2016). SATEPSI – Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos. Recuperado de: http://satepsi.cfp.org.br

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T., McCrae, R. R., Flores-Mendoza, C. E., Primi, R., Nascimento, E., & Nunes, C. H. S. S. (2008). *Inventário de Personalidade NEO Revisado – Manual Profissional para uso no Brasil*. São Paulo, SP: Vetor Editora.

De Clercq, B., De Fruyt, F., Leeuwen, K. V., & Mervielde, I. (2006). The structure of maladaptive personality traits in childhood: A step toward an integrative developmental perspective for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*. Recuperado de http://psycnet.apa.org/journals/abn/115/4/639.

De Fruyt, F., & Van Leeuwen, K. (2014). Advancements in the field of personality development. *J Adolesc*, 1-7.

De Fruyt, F., De Clercq, B., De Bolle, M., Wille, B., Markon, K., & Krueger, R. F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*, *20*(3), 295-307.

DeYoung, C. G., Quilty, L. C., & Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the Big Five. *Journal of personality and Social Psychology*.

Eysenck, H. (1986). *Decline and Fall of the Freudian Empire*. Harmondsworth: Penguin Books.

Eysenck, H. J. (1953). *The Structure of Human Personality*. London: Methuen.

Eysenck, H. J. (1959). *Manual of the Maudsley Personality Inventory*. London: University of London Press.

Eysenck, H. J., & Eysenck S. B. G. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.

Eysenck, H. J., & Eysenck S. B. G. (1975). In: *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior).* London: Hodder, Stoughton.

Eysenck, S. B. G., Eysenck H. J., & Barrett, P. A. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences, 6,* 21–29.

Gasparetto, L. G. (2015). *Neuroticismo em Pacientes com Transtorno da Personalidade Borderline Hospitalizados.* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Gasparetto. L. G., & Hutz, C. S. (no prelo). Neuroticismo em pacientes com transtorno da personalidade borderline hospitalizados. *Avaliação Psicológica*.

Gibson, H. B. (1981). *Han Eysenck.* London: Peter Owen Limited.

Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. *Review of Personality and Social Psychology*, *2*, 141-165.

Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In I. Mervielde, I. Deary, F. D. Fruyt, & F. Ostendorf (Orgs.), *Personality psychology in Europe*. Recuperado de: http://projects.ori.org/lrg/PDFs_papers/A broad-bandwidth inventory.pdf

Heckman, J. J., & Kautz, T. (2012). Hard evidence on soft skills. *Labour economics*, *19*(4), 451-464.

Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. S. (2001). Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN)*: manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hutz, C. S., Nunes, C. H. S. S., Silveira, A. D., Serra, J., Anton, M., & Wieczorek, L. S. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *11*, 395-409.

John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. Pervin, & O. P. John (Orgs.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York: Guilford. Recuperado de: http://www.rc.usf.edu/~jdorio/Personality/BIG FIVE TRAIT TAXONOMY.pdf

John, O. P., Angleitner, A., & Osttendorf, F. (1988). The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European Journal of Personality*, *2*, 171-203.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine, 42*(9), 1879-1890.

Kyllonen, P. C., Lipnevich, A. A., Burrus, J., & Roberts, R. D. (2014). *Personality, Motivation, and College Readiness: A Prospectus for Assessment and Development.* Relatório Técnico não Publicado. Educational Testing Service, Princeton.

McCrae, R., & Costa, P. T. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current directions in psychological science, 3*, 173-175. Recuperado de: http://www.jstor.org/stable/20182303

McCrae, R., & Costa, P. T. (2008). The Five-Factor Theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Orgs.), *Handbook of Personality: Theory and research* (pp. 159-181). New York, NY: Guilford Press.

Mervielde, I., & Fruyt, F. D. (1999). Construction of the Hierarchical Personality Inventory for Children (HiPIC). In I. Mervielde, I. Deary, F. D. Fruyt, & F. Ostendorf (Orgs.), *Personality psychology in Europe. Proceedings of the Eighth European Conference on personality psychology* (pp. 107-127). Tilburg: Tilburg University Press.

Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2002). O modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade. In R. Primi (Org.), *Temas em Avaliação Psicológica.* Campinas: IBAP.

Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2006). Escala Fatorial de Extroversão – Manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nunes, C. H. S. S., Nunes, M. F. O., & Hutz, C. S. (2006). Uso conjunto de escalas de Personalidade e entrevista para identificação de indicadores de Transtorno Anti-social. *Avaliação Psicológica*, *5*(2), 171-178.

Nunes, C. H. S. S., Spenassato, D., Bornia, A. C., & Primi, R. (2015). Testes Adaptativos Computadorizados – CAT. In M. C. R. D. Silva, D. Bartholomeu, C. M. M. Vendramini, & J. M. Montiel (Orgs.), *Aplicações de Métodos Estatísticos Avançados à Avaliação Psicológica e Educacional* (pp. 37-76). São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica LTDA.

Nunes, C. H. S.S. (2005). *Construção, normatização e validação das escalas de socialização e Extroversão no modelo dos cinco grandes fatores*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Pellegrino, J. W., & Hilton, M. L. (2012). Education for Life and Work: Developing Transferable Knowledge and Skills in the 21st Century. Committee on Defining Deeper Learning and 21st Century Skills. Division on Behavioral and Social Sciences and Education. *Center for EducationWashington, DC: The National Academy Press*.

Roberts, B. W. (2009). Back to the future: Personality and assessment and Personality Development. *Journal of Research in Personality*, *43*(2), 137-145.

Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *126*(1), 3.

Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality Trait Change in Adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, *17*(1), 31-35.

Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 1-25.

Roberts, B. W., Wood, D., & Caspi, A. (2008). The development of personality traits in adulthood. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Orgs.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 375-398). Elsevier.

Saucier, G., & Ostendorf, F. (1999). Hierarchical subcomponents of the Big Five personality factors: a cross-language replication. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 613-627. Recuperado de: http://darkwing.uoregon.edu/~prsnlty/SAUCIER/Saucier.Hierarchical.JPSP99.pdf

Simms, L. J., & Clark, L. A. (2005). Validation of a computerized adaptive version of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP). *Psychological Assessment*, *17*(1), 28-43.

Simms, L. J., Goldberg, L. R., Roberts, J. E., Watson, D., Welte, J., & Rotterman, J. H. (2011). Computerized adaptive assessment of personality disorder: introducing the CAT-PD project. *Journal of Personality Assessment*, *93*(4), 380-389.

Soto, C. J., & John, O. P. (2017). The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power. *Journal of personality and social psychology*, *113*(1), 117.

Soto, C. J., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2008). The developmental psychometrics of big five self-reports: acquiescence, factor structure, coherence, and differentiation from ages 10 to 20. *Journal of Personality and Social Psychology*, *94*(4), 718-737.

Soto, C. J., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100*(2), 330-348.

Tiwari, T., Sigh, A. L., & Sigh, I. L. (2009). The short-form revised Eysenck personality questionnaire: A Hindi edition (EPQRS-H). *Industrial Psychiatry Journal*, *18*(1) 27–31.

Tupes, E. C., & Christal, R. E. (1992). Recurrent personality factors based on trait ratings. *Journal of Personality*, *60*(2), 225-252.

Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2013). *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association (APA).

Widiger, T. A., & Frances, A. J. (2002). Toward a dimensional model for the personality disorders. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Orgs.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 23-44). Washington, DC: American Psychological Association.

Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, *19*(2), 110-130.

Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P. T. Costa & T.

A. Widiger (Orgs.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 89-102). Washington, DC: American Psychological Association.

Wild, J., & Revelle, W. (2009). Extraversion. In *Handbook of Individual Differences in Social Behavior*. (M. Leary, & R. Hoyle, Eds.), Guilford Press.

Leituras recomendadas

Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2006). Escala Fatorial de Socialização – Manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2006). Construção e Validação da Escala Fatorial de Extroversão no Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *Psico-USF*, *11*(2).

13.1

MODELOS TEÓRICO-CLÍNICOS PSICODINÂMICOS E O MÉTODO SHEDLER-WESTEN ASSESSMENT PROCEDURE (SWAP-200) DE AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE

Rafael Stella Wellausen
Clarissa Marceli Trentini

"Até o advento da psicanálise o caráter [a personalidade] era conhecido como destino."
(Martin Bergman)
"Não há tratamento para doença desconhecida"
(Maximiano)

Na história das ciências, é possível verificar que, nos mais variados campos do conhecimento, inúmeros problemas intrigaram cientistas e que, em determinado período, foram dados como perfeitamente explicáveis e completamente solucionados, mais tarde se descobriu não passarem de explicações parciais e incompletas daqueles fenômenos em questão (p. ex., a astronomia de Galileu comparada às posteriores descobertas de Copérnico ou de Einstein).

Com a história da psicanálise[1] não foi diferente. Nos tempos de Freud, quando a teoria e a técnica estavam em seus primórdios, a esfera das dificuldades que se pretendia diagnosticar e tratar com o método psicanalítico era limitada e as terapias frequentemente não ultrapassavam alguns poucos meses (Roazen, 1999). À medida que se avançou no conhecimento, conforme se verificará a seguir, foi possível ampliar o universo dos problemas e o escopo dos pacientes a serem tratados com as terapias dinamicamente orientadas (Kernberg, 1989; Stone, 1954/1986).

Um dos diferenciais do modelo psicanalítico em sua concepção de homem em comparação com outros é o de que não apenas a realidade externa (acontecimentos, fatos e eventos) mas também a realidade interna, ou seja, o modo com que cada um percebe, interpreta e compreende esses acontecimentos, fatos e eventos, têm um papel central (p. ex., como cada pessoa experiencia a perda dos pais, o nascimento de um filho e o sucesso profissional). Outra

característica essencial desse modelo é a de que, por exemplo, enquanto modelos eminentemente cognitivos e comportamentais historicamente negaram ou desmereceram o papel decisivo dos afetos[2] nas motivações humanas (p. ex., amor, ódio, raiva, culpa, tristeza, inveja, desejos proibidos, busca de prazer e evitação do desprazer), a psicanálise em nenhum momento negou o intrincado arranjo entre os processos cognitivos e emocionais (Freud; 1923; Horowitz, 1987; Weiss & Sampson, 1986; Westen & Gabbard, 1999).

Não obstante, o que na prática esteve no cerne do modelo psicanalítico e que até hoje o diferencia de todas as outras psicoterapias (tratamentos por meio da palavra) é o fato de que ele não é um tratamento que se restringe ao esbatimento de sintomas (p. ex., depressivos, ansiosos, somatizações e adições), mas se propõe a compreender como e por que nos tornamos quem somos. Os modelos psicanalíticos entendem que há uma relação causal entre a história de vida de cada um e o que cada um se torna quando adulto. Entretanto, sabe-se que essa não é uma relação linear, direta e que a personalidade (ou caráter) é moldada de forma multicausal e plurideterminada. Uma combinação de aspectos da natureza (p. ex., herança biológica presente no temperamento) somados à criação/ambiente (*nature* + *nurture; maturação* + *desenvolvimento*) faz cada um ser quem é. A psicanálise entende que, por debaixo da nossa consciência, subjaz um oceano de motivações, desejos, necessidades, temores e anseios, cujas origens são infantis e determinantes em nossas escolhas, pois interferem na capacidade de lidar com a realidade e, portanto, em nosso livre-arbítrio[3].

O objetivo principal do tratamento psicodinâmico é o de promover mudanças psíquicas daquelas características psicológicas que causam sofrimento e desadaptação (Horowitz, Kernberg, & Weinshel, 1994). Os praticantes das terapias psicanalíticas acreditam[4] que, ao tomar consciência dessas motivações inconscientes, cada pessoa estará em melhores condições e mais madura (p. ex., por meio de um ego mais fortalecido) para assumir a responsabilidade pelo próprio destino (não necessariamente sem que tal crescimento mental gere algum sofrimento). No intuito de aprimorar sua visão sobre a personalidade, a ciência psicodinâmica sempre esteve em permanente intercâmbio com outros campos científicos e até da arte (p. ex., neurociência, etologia, sociologia, antropologia, ciências sociais e políticas, farmacologia e literatura) absorvendo deles conhecimentos que têm gerado avanços para o melhoramento dos tratamentos disponíveis (Pearson, Cooper, & Gabbard, 2007). A revisão que segue tem o objetivo de introduzir o leitor em alguns dos principais fundamentos psicanalíticos que embasam a avaliação da personalidade por meio do Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)[5].

O MODELO DE PINE: *DRIVE*, EGO, OBJETO E *SELF* (FIG. 13.1.1)

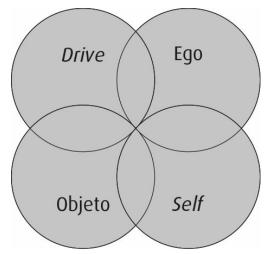



Figura 13.1.1 Figura 13.1.1 / As quatro psicologias psicodinâmicas.

A psicanálise, em linhas gerais, pode ser definida como um conjunto de teorias sobre a motivação humana (Kernberg, 2006; Litchenberg, Lachmann, & Fosshage, 1992; Pine, 1990; St. Clair, 1996; Westen & Gabbard, 1999). Motivação compreendida não como uma intencionalidade consciente para agir desse ou daquele modo (p. ex., tomar a decisão de estudar ou de parar de usar drogas ou de fazer amigos), mas como uma poderosa força inconsciente que impele cada ser humano a realizar ou deixar de fazer algo, mesmo que seja racionalmente planejado (não conseguir estudar, parar de usar drogas ou fazer amigos, mesmo estando motivado e conscientemente decidido).

Como será possível constatar a seguir, ao longo da história do movimento psicanalítico, diversos aspectos da vida humana vieram a ser foco de investigação. As técnicas e as teorias passaram por mudanças significativas na medida em que se descobriu que não bastava apenas tornar consciente o inconsciente. Descobriu-se o papel central do ego como instância psicológica administradora da personalidade; além disso, reconheceu-se a importância dos objetos (pessoas) e das necessidades relacionais para a saúde mental; e, por fim, mas não menos importante, apontou-se para como ocorria a integração de todos esses aspectos dentro do *self* (si mesmo).

O texto que segue não tem a pretensão de ser uma revisão histórica nem conceitual exaustiva em mais de um século de avanços no terreno psicanalítico, mas um modo um tanto quanto esquemático e resumido para atualizar o leitor na área. Houve certa arbitrariedade na escolha do modelo, no entanto, ela se justifica em razão de: 1) ser abrangente; 2) representar uma maneira atual e moderna de usar o instrumental psicanalítico; 3) apresentar a psicanálise sem privilegiar esta ou aquela escola; 4) apontar para a importância capital da psicopatologia psicanalítica desenvolvimental; e 5) introduzir o leitor em muitos dos conceitos psicanalíticos presentes no SWAP-200 (Westen & Gabbard, 1999).

Deve ficar claro que esse modelo não é único nem representa uma unanimidade entre os praticantes das terapias dinamicamente orientadas. Entretanto, parece útil, consistente e operacional para ajudar o clínico e também o pesquisador psicodinâmico em seu trabalho. Esse modelo pode ser considerado uma amostra de como atualmente se consegue trabalhar clínica e

empiricamente com os conceitos psicanalíticos. Baseia-se fundamentalmente na obra de Pine (1990), mas também abrange uma síntese de outros pensadores (Blanck & Blanck, 1979, 1983; Busch 1995; Fonagy & Target, 2003; Greenberg & Mitchell, 1994; Mitchell & Black, 1995; McWilliams, 2005; Meissner, 2000; St. Clair, 1996; Tuttman, Kaye, & Zimmerman, 1981; Westen & Gabbard, 1999).

Drive: a teoria pulsional de Freud

O tema central da psicanálise sempre foi o estudo da personalidade (e também da sua relação com outras personalidades/pessoas/objetos). Por isso, a psicanálise é ao mesmo tempo um modelo teórico sobre a formação da personalidade e de seu funcionamento dinâmico e uma técnica, ou método, de tratamento baseada na exploração do inconsciente. Ainda pode ser vista como uma maneira de conceber o mundo que se interessa por um conjunto de fenômenos – individuais e sociais – que não podem ser explicados tão somente por meio da racionalidade (p. ex., guerras, revoluções, amor e arte).

Em seu primeiro modelo clínico, Freud (1915a/1974) estabeleceu que havia uma espécie de geografia do psiquismo (Topografia) na qual o território mental se dividia entre consciente, pré-consciente e inconsciente. Chegou a esse modelo ouvindo seus pacientes histéricos, fóbicos e obsessivos que apresentavam paralisias, cegueiras, obsessões e inibições de origem psicogênica (não orgânica), sem explicação acessível ao sistema consciente do paciente (não havia, aparentemente, uma causa que permitisse ao paciente explicar quaisquer daqueles sintomas, seja a paralisia, a cegueira, as obsessões, as inibições, etc.).

Inicialmente Freud (1895/1974) supôs que toda criança teria sido vítima de algum tipo de comportamento abusivo ou incestuoso (experiência traumática) por parte dos adultos. Acreditou que os sintomas que observava em seus pacientes adultos eram o resultado de experiências traumáticas precoces nas quais uma quantidade de energia psíquica (libido) ficava reprimida (inconsciente) levando-os a adoecer mentalmente (desenvolver sintomas).

Porém, mediante um incremento de experiências clínicas e de sua própria autoanálise (Anzieu, 1989; Freud, 1905/1974), Freud foi capaz de identificar que, em vez de uma experiência real de sedução, era o desejo de ser exclusivo na relação com o genitor do sexo oposto (quem não conhece a história da menininha pedindo o pai em casamento ou o menininho à mãe) e não um acontecimento real (abusivo), o que na maior parte das vezes, de fato, poderia ser verificado na história pessoal de cada um. No modelo psicanalítico clássico, a fase fálica marca a descoberta pela criança de seus genitais. No menino, o medo da castração aponta para a dissolução do Complexo de Édipo ao passo que, na menina, tal descoberta sinaliza a sua entrada na conflitiva edípica. Freud (1924/1974) estabeleceu, portanto, o Complexo de Édipo como um fenômeno universal e central na infância de todo adulto neurótico.

Ao mesmo tempo, Freud (1915b/1974) também entendeu que aquela energia psíquica era o que movia os seres humanos desde muito cedo. Verificou que ela se originava no corpo (em uma zona erógena) e que tinha um objetivo (descarga), bem como um objeto (aquilo que iria promover a satisfação). Comparou essa energia aos instintos presentes nos animais e em outros mamíferos, mas observou que existiam diferenças entre eles (p. ex., a capacidade humana para postergar sua satisfação). Verificou que não só a libido (amor) mas também a agressão compunham a outra parte desse binômio e as denominou pulsões sexuais/libidinais e agressivas. Descreveu que os estágios psicossexuais correspondentes pelas quais as pulsões transcorrem

(oral, anal, fálico, latência e a genitalidade) eram determinados biologicamente conforme ocorria a maturação do organismo.

Freud (1908/1974) ainda verificou que experiências excessivamente prazerosas ou frustrantes ao longo do desenvolvimento psicossexual poderiam deixar pontos de fixação aos quais as pulsões poderiam regredir mediante situações de ansiedade. Tais pontos de fixação iriam dar um colorido ao que chamou de caráter (ou personalidade). Um de seus principais colaboradores, Abraham (1911/1970), por exemplo, apontou o quanto fixações na fase oral poderiam desencadear patologias depressivas ou adições ou que as fixações anais iriam fomentar, na futura personalidade adulta, conflitos com autoridade *versus* submissão, controle *versus* descontrole, dar *versus* receber, etc.

Contudo, esse modelo explicava apenas parcialmente os fenômenos que Freud observava em seus pacientes. Em seu trabalho clínico, ele era constantemente desafiado a conseguir ajudá-los a enxergar a origem de seus sintomas e suas dificuldades[6], pois entendia que somente assim poderiam mudar. Provavelmente inúmeras vezes ele se fez perguntas como: por que os pacientes resistem a tomar consciência do que está inconsciente?

Aos poucos, Freud (1911/1974) conseguiu compreender que havia forças agindo dentro da própria mente do paciente que o impediam de, mesmo sofrendo com seus sintomas (p. ex., impotência sexual, dificuldades interpessoais, inibições para estudar, trabalhar e amar), conseguir enxergar o que o levava a repetir comportamentos disfuncionais e desadaptativos. Freud (1920/1974) percebeu que, na verdade, não era a repressão pulsional que causava o adoecimento (a neurose sintomática), mas que tomar consciência de desejos infantis soterrados no inconsciente era altamente ansiogênico.

A cada momento em que o inconsciente ameaçava se manifestar ou se manifestava por meio de, por exemplo, atos falhos, sonhos, lapsos e chistes, uma espécie de alerta (a ansiedade sinal) era disparada no psiquismo pelo sistema defensivo (mecanismos de defesa do ego) que então impedia a pessoa de perceber as razões pelas quais agia, pensava, sentia e se relacionava de determinada maneira (egossintonia). A fim de impedir a tomada de consciência de um conflito ou desejo inconsciente e, portanto, de evitar que a pessoa se sentisse desconfortável, exposta, envergonhada, humilhada (egodistônica), esse acesso aos conflitos emocionais inconscientes era bloqueado pelas defesas (pela parte inconsciente do ego) e, mediante essa formação de compromisso, a pessoa seguia apresentando os mesmos sintomas e conflitos sem conseguir mudar.

Afora o foco sobre o inconsciente reprimido, os sonhos e o desenvolvimento psicossexual, abriu-se um novo campo de estudos para uma compreensão maior a respeito dos processos que mantinham esses conteúdos mentais inconscientes, ou seja, atentou-se para o poderoso funcionamento do ego. Nesse segundo modelo da mente (estrutural), Freud (1923/1974, 1926/1974) estabeleceu então a divisão tripartite da mente, composta pelo id (reservatório energético das pulsões – libido e agressão, que funciona baseado no princípio do prazer e no processo primário), pelo ego (organizador e executor do psiquismo, funcionando por meio do processo secundário e do princípio de realidade, e que tem uma parte consciente e outra inconsciente) e pelo superego (representante dos ditames morais e dos valores e ideais sociais “herdados” principalmente pela dissolução do Complexo de Édipo e que também tem uma parte consciente e outra inconsciente).

Com a consolidação do modelo estrutural, foi possível identificar as formações de compromisso que se estabeleciam entre impulsos, defesas e a realidade não somente nas neuroses sintomáticas, mas principalmente nas neuroses de caráter (responsáveis pela rigidez e inflexibilidade em modos patológicos de pensar, sentir, relacionar-se e perceber-se – patologias de personalidade), dando início a uma ampliação significativa do alcance da psicanálise para diversas outras psicopatologias também não neuróticas (Giovachinni, 1975; Knigth,1960; Masterson, 1976; Rosenfeld, 1968; Schimideberg, 1949/1986).

O objetivo do tratamento a partir de então não seria mais o de encontrar e/ou lembrar o "trauma original", mas, em razão da compulsão à repetição, (re)vivê-lo na relação transferencial (Freud 1912/1974, 1914/1974) com o terapeuta (p. ex., querer ser amado pelo terapeuta, querer ter exclusividade na relação com o terapeuta, rivalizar ou competir com ele, assim como lá no passado se quis com os pais). Ao atualizar no aqui e agora da sessão psicanalítica tais conflitos, em vez de simplesmente lembrar-se deles, Freud compreendeu definitivamente o poderoso papel que a transferência e a resistência tinham para o tratamento.

Psicologia do ego

Depois da morte de Freud e devido à Segunda Guerra Mundial, houve uma ampla emigração de psicanalistas principalmente para os Estados Unidos, onde seguiu o interesse sobre a formação e o funcionamento do ego (Fine, 1981). O trabalho de Hartmann, Kris e Loewenstein (1964) deu início ao que ficou conhecido como a psicologia do ego[7]. Esse trio de psicanalistas elaborou uma série de conceitos que serviram de base para que novas ideias florescessem.

O modelo estrutural que está no centro dessa vertente da psicanálise (Arlow & Brenner, 1973; Blanck & Blanck, 1979, 1983; Meissner, 2000) supõe que todos nascemos com uma capacidade inata para o desenvolvimento e a adaptação. Mediante a hipótese da existência de um *aparato de autonomia primária* do ego, todo bebezinho estaria minimamente programado filogeneticamente para lidar com as primeiras exigências extrauterinas. Com o *ambiente medianamente adequado* às suas necessidades e às suas urgências, o bebê irá se desenvolver psicologicamente e amadurecer biologicamente. Nesse processo, o ego, que tem uma *área livre de conflitos*, tem a função primordial de sintetizar as suas diferentes funções (p. ex., motricidade, inteligência, atenção, orientação e percepção) a fim de promover uma melhor *adaptação* à realidade. Por meio de processos de assimilação e acomodação (Piaget, 1952/1999), de ensaio e erro, o ego vai sintetizando e integrando em seu funcionamento novos modos de lidar com a realidade, de enfrentar desafios e, portanto, de resolver problemas cada vez mais complexos (p. ex., andar, falar, ler, escrever e se relacionar).

Com o início do estudo mais detalhado do ego, foram criadas as condições para se aprender melhor sobre o funcionamento total da personalidade. Uma das primeiras descobertas que se fez foi mostrar que o *narcisismo* não é o investimento pulsional no ego, mas, sim, no *self* (Hartmann, 1978). Isso significa que o narcisismo deveria ser entendido como um investimento na pessoa como um todo (*self* = corpo + mente), incluindo o ego, mas também o superego e o id e a representação mental da própria imagem corporal. Narcisismo, por conseguinte, é o resultado do investimento pulsional na própria pessoa (si mesmo) em contraposição ao investimento nas outras pessoas (nos objetos).

A psicologia do ego (Hartmann, 1978; Hartmann et al., 1964) também teve um papel crucial ao fomentar o estudo do superego. Detalhou suas raízes pré-genitais, ou seja, seus aspectos mais

primitivos, sádicos e punitivos, mas também os edípicos e, portanto, mais evoluídos e a serviço do crescimento mental e do ajustamento social. Desse modo, melhorou a compreensão sobre o complicado, mas concomitante processo de desenvolvimento do controle dos impulsos e das capacidades egoicas, por um lado (p. ex., quanto ao conceito de neutralização das pulsões), e o estabelecimento de um sistema moral e ideal, por outro (p. ex., mediante processos identificatórios a partir dos modelos parentais). O pleno funcionamento do ego saudável deve contemplar a neutralização das pulsões (sexuais e agressivas), acrescida do encontro de formas sublimatórias adaptativas de gratificação e prazer, a utilização ampla das suas funções e o emprego de defesas maduras (em pacientes com organização de personalidade psicótica essas estruturas e os processos psicológicos geralmente estão ausentes) (Bellak, Hurvich, & Gediman, 1973).

No que tange aos mecanismos de defesa, certamente essa foi uma das mais importantes contribuições que a psicologia do ego fez para que se entendessem melhor a saúde e a doença mental. O modelo estrutural de Freud ganhou ainda mais força a partir do trabalho de Anna Freud (1936/1977), que atentou para as manobras defensivas de seus jovens pacientes que lutavam entre o desejo de se tornar adultos e se defender de uma regressão (não só da libido, mas do ego) a *modus* infantis de enfrentar a vida. Ela abriu esse campo de investigação que segue altamente produtivo até hoje com diversos estudos clínicos e empíricos que demonstram o papel central das defesas psicológicas em diversas psicopatologias (Vaillant, 1995; Brenner, 1989; Gray, 1994; Molíns, 2008), inclusive servindo de critérios para avaliar gravidade de doença mental (Bellak, Hurvich, & Gediman, 1973; American Psychiatric Association [APA], 2013; Psychodynamic Diagnostic Manual [PDM], 2006).

Do ponto de vista clínico, as investigações nessa área têm apontado cada vez mais para os processos defensivos como decisivos na técnica psicoterápica. Brenner (1989), por exemplo, sugere que todo e qualquer processo mental que evite o surgimento da ansiedade ou de afetos depressivos pode ser usado como mecanismos defensivos. Seguindo Freud (1926/1974), Brenner entende que as defesas são erigidas para permitir algum nível de gratificação dos derivados pulsionais ao mesmo tempo em que limitam ou controlam tal gratificação. Será o princípio do prazer-desprazer que vai determinar o que irá prevalecer, sendo que o desprazer excessivo gerará ansiedade ou afetos depressivos. Portanto, as defesas se definem por sua consequência (desprazer) sendo desnecessário, na visão deste autor, circunscrever as defesas a uma quantidade ou qualidade específicas.

Entre as contribuições inovadoras de Gray (1994), está a sugestão de que o trabalho psicoterapêutico consiste não tanto em vencer as resistências, mas em ajudar os pacientes a conhecê-las e aprender a controlá-las. Aconselha, entre muitas outras questões, que os analistas tenham uma atitude menos idealizadora em relação ao id e ao inconsciente (teoria topográfica) e mais receptiva e interessada em relação ao ego e aos sistemas pré-consciente/consciente (teoria estrutural). Ele revela que o método para realizar isso é simples, mas frequentemente ignorado. Consiste em convidar o paciente a olhar com mais atenção para comportamentos que estejam próximos à consciência. Na sessão, por exemplo, o psicoterapeuta deveria examinar em detalhe com o paciente as possíveis motivações para ele ter se “esquecido” (memória é uma função do ego) de usar preservativos em uma situação em que isso seria o esperado; ou dedicar algum tempo junto com o paciente para entender o que pode tê-lo levado a perder o controle emocional em uma reunião de negócios que poderia ser altamente produtiva e rentável.

Ainda no terreno dos mecanismos de defesa, Busch (1995) fez um importante alerta sobre a

necessidade de que as intervenções do psicoterapeuta estejam baseadas em uma avalição criteriosa das capacidades egoicas do paciente. Lembra que uma das características dos tratamentos dinamicamente orientados é exatamente a de ajudar o paciente a desenvolver a auto-observação. Para que isso ocorra, é preciso que as intervenções sirvam para promover a capacidade ativa de o paciente pensar sobre si mesmo. Assinala que nos pacientes *borderline* e narcisistas, que têm uma tendência à regressão e às relações de dependência patológica, o psicoterapeuta deve ficar alerta para não gratificar uma atitude passivo-dependente no paciente. Se esse conluio patológico inconsciente se instala, a idealização primitiva do terapeuta será alimentada. Corre-se o risco de infantilizar o paciente ou mantê-lo muito dependente da psicoterapia ou do terapeuta, quando, em realidade, ele teria mais força de ego do que tende a demonstrar. Busch (1995, 2017) sugere que, tecnicamente, pode ser mais produtivo trabalhar com o que está na superfície, na vizinhança (pré-consciente), do que com o conteúdo (inconsciente) expressado pelo paciente. Quando, por exemplo, ajuda o paciente a ver o modo como o cumprimenta (indiferente, sedutor, alegre, agressivo, etc.), o terapeuta torna mais fácil para ele a auto-observação. O resultado desse autoconhecimento, desse pensar sobre si mesmo, é que, paulatinamente, o paciente deixe de ser tão dependente e infantilizado ante as revelações, às vezes sem sentido para ele, que o psicoterapeuta faz de seu inconsciente.

Por fim, mas não menos importante, cabe destacar as contribuições que Erikson (1968, 1976) fez ao conceito de identidade. Seu modelo epigenético do ciclo vital representa uma das formas mais coerentes e consistentes de entender as tarefas evolutivas. Erikson pôde demonstrar o interjogo entre a maturação biológica e o desenvolvimento psicológico dentro de uma matriz de interações sociais. Integrando as descobertas de Freud à dos psicólogos do ego, mostrou que as várias formas de buscar prazer associadas a cada zona erógena tinham sérias implicações sociais.

Para Erikson (1968), desde os primeiros momentos em que a mãe afetuosa amamenta seu filho, ela não somente o supre biologicamente e o satisfaz do ponto de vista pulsional, mas ajuda a estabelecer entre ele e a realidade externa uma confiança básica (em vez de uma desconfiança). Uma espécie de relação de amor com o mundo que, se essas experiências positivas perdurarem, deverá se estender e se generalizar cada vez mais. Assim também ocorrerá sucessivamente nas outras "idades do homem" (autonomia *versus* vergonha e dúvida; iniciativa *versus* culpa; inferioridade *versus* competência; e assim por diante) até o final da vida com a integridade devendo superar o desespero. O prejuízo em uma etapa afetará o ego de modo significativo nas demais. Por exemplo, na idade adulta, caso as etapas anteriores tenham transcorrido de forma negativa, existe uma grande probabilidade de que áreas como a capacidade para amar intimamente outra pessoa, para o trabalho livre e produtivo, para a ação colaborativa com os demais membros da sociedade ou para a criação responsável de filhos estejam significativamente comprometidas (geratividade *versus* estagnação).

Especificamente quanto ao período da adolescência, Erikson (1976) esclarece que a principal tarefa do jovem será o estabelecimento da identidade. Quando isso não ocorre, há o que ele chama de confusão ou difusão de identidade. Desse ponto em diante, a pessoa terá grandes dificuldades não só para se definir da perspectiva pessoal, sexual e profissional, etc., mas isso irá influir de forma decisiva na sua capacidade para ser autossuficiente e ao mesmo tempo comprometido e cooperador com algo (ideais, princípios e valores compartilhados pela maioria dos outros membros da sociedade) ou alguém, já que constantemente estará vulnerável à opinião externa devido à inconsistência e à instabilidade interna.

Quanto mais doente uma pessoa estiver, mais dificuldade terá para se adaptar às normas e às

regras sociais, entender e se ajustar às tarefas evolutivas e seus respectivos papéis e funções e construir canais sublimatórios saudáveis. O fracasso na consolidação da identidade, a presença de defesas primitivas e de prejuízos na formação do superego e um precário controle dos impulsos, que, em conjunto, indicam uma considerável imaturidade do indivíduo, são caraterísticas marcantes em muitos pacientes com patologias de personalidade (Kernberg, 1995, 2006, 2012).

As teorias das relações de objeto

As teorias das relações de objeto (TRO) foram o passo seguinte ao modelo eminentemente pulsional-estrutural. Em razão de enfatizar que ao ser amamentado, por exemplo, o bebê não estaria envolvido emocionalmente com a pessoa (objeto) que proporcionou essa experiência prazerosa, mas somente com o fato de ser saciado de sua fome e gratificado em suas pulsões, corre-se o risco de se esquecer de que Freud, em *Luto e melancolia* (Freud, 1914b/1974), por exemplo, também abordou o enorme impacto que as relações de objeto exercem sobre o psiquismo como quando afirma que, mediante uma perda, “a sombra do objeto cai[u] sobre o ego” (p. 281).

Em realidade, as TRO têm, em certa medida, uma dívida também para com a psicologia do ego. Foi ao estudar as inibições e os fracassos na formação das funções do ego e na adaptação à realidade que se verificou que estavam altamente associadas às relações objetais mais precoces (Jacobson, 1969; Spitz, 1983; Mahler, 1982; Hartmann et al., 1964). Por meio do detalhamento sobre a formação do ego, descobriu-se que a anormalidade ou a patologia das relações objetais precoces perturbava a constituição das capacidades sintéticas e integrativas do ego, prejudicando, desse modo, seu pleno funcionamento (Blanck & Blanck, 1979, 1983).

O que distingue o modelo das TRO de outros é o fato de que, para as TRO, a força motivacional propulsora do psiquismo deixa de ser as pulsões e passa a ser as relações (Greenberg & Mitchell, 1994). O bebê não está mais em busca de gratificar suas pulsões e satisfazer sua fome, que garante sua sobrevivência orgânica. Ele está em busca da pessoa da mãe (Fairbairn, 1980), de seu amor primário (Balint, 1965), de sua segurança (Sandler, 1990), de sua base segura (Bowlby, 1988), de sua continência (Bion, 1988) e *holding* (Winnicott, 1982) a partir do qual sua sobrevivência psíquica estará garantida. A centralidade da vida emocional não está mais no Complexo de Édipo, mas nas experiências precoces na relação mãe-bebê (pré-edípicas e em um Édipo antecipado para o primeiro ano de vida). O olhar amoroso da mãe e sua sintonia afetiva com as necessidades do bebê passam a ser a chave para o saudável desenvolvimento psíquico infantil e consequentemente adulto. Boca-seio e mamilo-cavidade oral se tornam o protótipo, o modelo para compreender os conflitos e as ansiedades humanas. No tratamento, a revivência dessas experiências na relação terapeuta-paciente será o mote para a melhora do paciente.

Em linhas gerais, as relações objetais (RO) internalizadas pressupõem um processo intrapsíquico de introjeção, internalização e identificação que dá mais importância à forma como a pessoa viveu, experienciou e interpretou essas relações (principalmente aquelas dos primeiros anos de vida) do que como elas foram de fato, em nível interpessoal, na realidade externa (Kernberg, 1980). Portanto, as RO estão baseadas na construção de representações de um *self* (si mesmo) e em representações dos objetos (outras pessoas) que nem sempre refletem o que de fato aconteceu[8]. Isso quer dizer que é a partir da imagem que a pessoa constrói de si em interações

com os outros, mediadas por alguns afetos, que ela vai criar determinados esquemas cognitivos e afetivos inconscientes (Horowitz, 1987; Kernberg, 2006, 2012; Weiss & Sampson, 1986; Westen & Gabbard, 1999) que servirão de protótipo para as futuras interações com o mundo.

Talvez fique mais fácil entender esses conceitos complexos de representações de *self* e de objeto quando se pensa, por exemplo, em uma pessoa cuja beleza, saúde e inteligência são evidentes às outras pessoas, mas que ela própria é incapaz de reconhecer. Na visão dos outros, essa pessoa teria todas as condições para ser feliz, para sentir-se desimpedida para amar e ser amada e bem-sucedida, mas ela mesma se mostra incapaz de ver a realidade desse modo. Tende a fazer escolhas que, em vez de lhe trazerem felicidade, são marcadamente desastrosas e autodestrutivas. Essa imagem de alguém desvalorizado, carente de uma autoestima adequada, incapaz e não merecedor de conquistas boas teria sido erigida nas interações bem precoces, quando, por razões aparentemente inexplicáveis, não se sentiu suficientemente valorizado e merecedor de amor[9].

Em razão de espaço, não é possível ir além da exposição de conceitos essenciais a cada um dos principais modelos das TRO. Entre essas contribuições, destacam-se o trabalho de Klein, na Inglaterra, ainda na década de 1920[10]. Em relação a Klein (1996), seus conceitos das *posições esquizoparanoide e depressiva*, entre outros conceitos, certamente foram os que mais impacto tiveram na psicanálise (Segal, 1975; Hinshelwood, 1992). Suportar a ambivalência nas relações humanas sem ter de cindir (esquizo = separar) os objetos em totalmente bons e totalmente maus nem o *self* se tornou um critério de maturidade emocional e objetivo do tratamento no modelo kleiniano. Perceber, por volta do primeiro ano de vida, que a mãe que frustra é a mesma que gratifica (perceber o objeto como total) permite à criança começar a reconhecer que a perfeição não existe e que os seres humanos são falíveis. Quando objeto e *self* (si mesmo) não estão parcializados, polarizados e cindidos não mais irão prevalecer ansiedades persecutórias (medo/fantasia do ataque retaliativo das partes más – inveja, ciúme, etc. – do *self* projetadas), mas, sim, ansiedades depressivas que terão por corolário a capacidade de perdoar e reparar os eventuais danos causados aos objetos (na realidade ou na fantasia).

A respeito de Donald Winnicott (1982), em linhas gerais, é possível dizer que consolidou a importância de que a mãe possa ser suficientemente boa, dedicada e não necessariamente perfeita para seu bebê. Sendo ela uma mãe comum e medianamente saudável, sua tarefa primordial é a de sintonizar com as necessidades do seu bebê conforme ela puder. Tal sintonia permite a personificação do *verdadeiro self* do bebê na medida em que ela não impõe as suas próprias necessidades, mas é capaz de antecipar as da criança. Essa situação possibilita ao bebezinho criar uma dose de ilusão e onipotência saudável. Porém, paulatinamente essa mesma mãe deve ser capaz de ir desiludindo a criança quando percebe que isso vai contribuir para seu crescimento mental e maior adaptação à realidade. Esse ajuste mútuo contribui para que a criança desenvolva uma capacidade de preocupação (*to concern*) genuína pelos outros e possa se transformar em um indivíduo (*self*) suficientemente verdadeiro e independente.

Também na Inglaterra, John Bowlby (1988, 1989) foi, além de psicanalista, um importante colaborador da Organização das Nações Unidas (ONU) na elaboração de políticas públicas voltadas às crianças. Em seu modelo, procurou combinar elementos da teoria psicanalítica clássica e das TRO com estudos etológicos e cognitivos. A partir desses referenciais, formou as bases da sua teoria do apego, na qual afirma que os cuidados maternos garantem uma base segura que imuniza psicologicamente a criança da eclosão de doenças mentais graves. Propõe

que, conforme o tipo de apego que se estabelece entre a mãe e a criança (seguro, inseguro ou ansioso), determinados *modelos internos de funcionamento* serão formados e tenderão a se repetir em outros relacionamentos. O modelo do apego recentemente tem estado envolvido em diversos estudos clínicos e empíricos (Cassidy & Shaver, 2010).

Nos Estados Unidos, Margaret Mahler (1982) descreveu o que chamou de *processo de separação-individuação*. Por meio desse processo, que dura em média até o terceiro ano, as crianças desenvolvem a capacidade de se sentirem um ser separado da mãe e ao mesmo tempo individualizado dela. O papel da separação-individuação para o desenvolvimento psíquico e a autonomia é crucial, pois permite o nascimento psicológico da criança ao garantir que ela possa fazer pleno uso de suas capacidades egoicas e relacionais.

Edith Jacobson (1969), psicanalista radicada nos Estados Unidos, tem uma obra que, devido à sua complexidade e à sua profundidade, nem sempre atraiu um número expressivo de seguidores e, por isso, talvez, não tenha se transformado em moda como aconteceu com outros autores. Entretanto, sua acurácia clínica e criatividade fazem dela uma das mais brilhantes psicanalistas. Sobrevivente de campos de concentração na Alemanha, ela pode, como ninguém, descrever o que esse tipo de experiência traumática causa à estrutura psíquica (Tuttman et al., 1981). Sua obra tem como temas principais os diferentes estágios de maturação do superego e sua relação com as oscilações entre estados maníacos e depressivos; também descreveu o papel das identificações precoces na formação da identidade e apresentou uma teoria dos afetos que integra e explica mais detalhadamente o desenvolvimento pulsional desde Freud.

Pessoas com personalidades instáveis, como os *borderline*, enfrentam muito mal as separações e as perdas. Uma vez que não atingiram a constância objetal[11], ou seja, prevalecem relações com os objetos como satisfatores de necessidades imprescindíveis à sobrevivência, apresentam enormes dificuldades para suportar bem as separações. Frequentemente essas situações vêm acompanhadas de sensações de angústia incontrolável e mudanças de humor abruptas e são vividas com raiva e/ou pânico, como se o mundo fosse acabar (como um bebezinho dependente cuja mãe desaparecesse ficando ele totalmente desamparado).

Antes de finalizar esta parte das RO, uma ressalva precisa ser feita. Não só as experiências de negligência, abandono e violência são traumáticas, a superproteção também o é. Pais excessivamente narcisistas ou deprimidos, ainda que por diferentes razões, tendem a superproteger seus filhos. Ao agirem desse modo, os impedem de construir um aparato psíquico que os torne capazes de lidar com as pressões corriqueiras da vida adulta e consequentemente de se adaptar às exigências da realidade.

Por fim, cabe lembrar que, quanto mais doente a pessoa estiver, mais problemas e mais conflitos interpessoais ficarão evidentes, maiores problemas com o estabelecimento de fronteiras entre o “eu” e o “não eu” podem ser identificados e consequentemente a pessoa tenderá a se encontrar ou a se colocar em maiores riscos. Em termos de relações objetais patológicas, esses problemas são a marca de muitos dos transtornos da personalidade (TPs).

Psicologia do *self*

Alguns consideram que a teoria de Heinz Kohut pertence ao campo das RO (Bacal & Neumann, 1990) enquanto outros sustentam que as mudanças propostas pela sua psicologia do *self* são tão significativas que constituem um campo à parte dentro da psicanálise (St. Clair, 1996). O que se

pode afirmar é que essa teoria, desenvolvida no Estados Unidos a partir do final da década de 1950, trouxe contribuições valiosas ao campo dos problemas de personalidade.

Partindo da redefinição que Hartmann fez sobre o narcisismo (ver seção anterior “Psicologia do ego”), Kohut (1988a, 1988b) vai estabelecer que, além do desenvolvimento da libido, existiria também uma linha desenvolvimental própria para o narcisismo. Segundo Kohut, a principal tarefa do desenvolvimento psicológico é o estabelecimento de um *self* coeso e integrado. Para ele, esse estado do *self* é alcançado por meio das interações bastante precoces da criança com o que ele denomina objetos do *self* ou *self*-objetos. O *self*-objeto é definido como aquela pessoa que é experienciada pelo bebê como parte dele ou que será usada narcisisticamente por ele para garantir sua sobrevivência psíquica.

Enquanto esses *self*-objetos proverem as necessidades do bebê para a consolidação de seu *self*, eles não serão percebidos enquanto seres separados, mas objetos a serviço do *self*. Há uma necessidade de que no início seja assim. A capacidade dos *self*-objetos de frustrar de forma ótima ou em uma medida que possa ser tolerada pela criança garante que as suas funções (p. ex., confortar, acalmar e controlar as tensões) sejam paulatinamente internalizadas pela criança por meio de um processo que Kohut denominou internalização transmutadora (Kohut,1988b; St. Clair, 1996).

Caso sejam psicologicamente saudáveis, os pais facilitarão a consolidação dos dois núcleos do *self* ou o *self* bipolar na criança: o *self grandioso* e a *imago parental idealizada*. O primeiro é estabelecido quando os pais empáticos permitem as expressões exibicionistas e grandiosas da criança sem criticá-la ou inibi-la. A imago parental idealizada, por outro lado, se forma na medida em que as respostas empáticas dos pais as transformam em pessoas naturalmente admiradas e idealizadas (Siegel, 2005). Se a criança pudesse expressar verbalmente esses núcleos do *self*, diria mais ou menos assim: “Me olhem e vejam o que eu sou capaz de fazer! Eu sou maravilhoso!” (*self* grandioso). Para a imago parental idealizada, a expressão do bebê seria algo como: “Vocês são realmente perfeitos, sempre sabem o que estou precisando! E o mais legal é que eu sou parte de vocês!”.

No caso de a provisão ambiental (parental) ser adequada, ocorre que as funções exercidas pelos self-objetos se transformam em funções do *self* (se adquirem as capacidades para o controle da ansiedade e a regulação das próprias emoções, a autoestima se torna adequada, entre outras conquistas). O suporte parental empático faz o *self* grandioso se modificar e se canalizar para metas realistas. De forma semelhante, a imago parental idealizada irá formar a base dos ideais (superego, ideal do ego). É natural que se crie certa tensão entre as ambições, por um lado, que estarão ligadas ao *self* grandioso, e os ideais, por outro, que decorrem da imago parental idealizada. Tal tensão entre esses dois polos é o que promove a ação do *self* ficando a pessoa impulsionada por suas ambições, mas guiada pelos seus ideais. Utilizando suas habilidades e competências, a pessoa (o *self*) irá navegar entre esses polos (Kohut, 1988b).

Quando todo esse processo narcísico e empático saudável por parte dos *self*-objetos fracassa, ocorre o que Kohut denomina fragmentação do *self*. Haverá a não consolidação de um senso integrado de si mesmo. Será nessas situações que as pulsões irão se manifestar. É diante da falta de coesão do *self* que a libido e a agressão poderão emergir (Kohut, 1984, 1988a).

Na busca desenfreada por admiração ou na tentativa de encontrar alguém que possa admirar é que ficarão evidentes as falhas no *self*. Ao não encontrar em si nem nos outros a satisfação de expectativas irrealistas (perfeição), um estado de intensa raiva se desencadeia. A percepção de que é incapaz de controlar a realidade leva a sentimentos de vergonha e humilhação. A

fragmentação do *self* conduz a estados regressivos e a modos arcaicos de organização mental. Abuso de drogas, promiscuidade sexual e comportamentos agressivos, impulsivos e compulsivos, entre outros comportamentos, seriam formas desesperadas e inconscientes de tentar equilibrar e compensar essas falhas precoces. Nesse modelo, é somente quando o *self* está em vias de se fragmentar que as pulsões sexuais e/ou agressivas irão se manifestar (Wolf, 1988).

Foi graças ao trabalho de Kohut (1988c) que os aspectos saudáveis e positivos do narcisismo começaram a ser considerados. O narcisismo desde então passou a ser um aspecto central no desenvolvimento do *self* que se manifesta na vida adulta por meio da capacidade criativa, do humor e da empatia. Para Kohut, o narcisismo saudável é precondição para que a pessoa seja capaz de amar e ser amada. Para ele, as relações amorosas envolvem um espelhamento mútuo em que cada um dos membros da díade serve de self-objeto para o outro.

A psicologia do *self* ampliou o escopo do trabalho psicanalítico para a compreensão e o tratamento das patologias do *self*. Problemas relativos a autoestima, propensão a estados de raiva, vergonha e humilhação, sentimentos indefinidos de vazio ou estados de falta de vitalidade ganharam uma nova compreensão a partir do trabalho de Kohut (St. Clair, 1996). Ao lidar com o desenvolvimento baseado na relação com pais saudáveis e necessariamente empáticos, Kohut expõe a tragédia humana na medida em que a integração do *self* e a saúde mental irão depender plenamente da relação com esses self-objetos.

Na clínica, pessoas cujo *self* não alcançou uma coesão adequada experimentam, por exemplo, separação, afastamentos e perdas geralmente com muita ansiedade e um medo insuportável de enlouquecer ou de morrer. Inconscientemente, a fim de tentar garantir alguma coesão ao *self*, poderão eclodir comportamentos hipersexualizados e agressivos, doenças psicossomáticas, retraimentos esquizoides, entre outros sintomas que permitam à pessoa sentir-se viva, ainda que de modo disfuncional.

Tecnicamente, quando o psicoterapeuta trabalha nesse modelo, é esperado que ao tratar, por exemplo, pacientes psicossomáticos apresentando sérios comprometimentos na capacidade de vivenciar e expressar as próprias emoções, será preciso entender que é graças a esse processo defensivo (alexitimia) que não houve ainda desintegração total da personalidade (*self*). As intervenções, portanto, tenderão a ser menos interpretativas e mais no sentido de suprir empaticamente aquelas experiências self-objetais que busquem reparar os déficits deixados.

As quatro psicologias psicodinâmicas: uma integração

Cada uma dessas quatro psicologias trouxe uma contribuição essencial para incrementar a compreensão sobre a complexa natureza humana. Da teoria psicanalítica clássica (*drive*) se apreendeu que o ser humano é inconscientemente movido pela busca de prazer e evitação do desprazer. As pulsões, que estão na fronteira entre o somático (biológico) e o psíquico, são fontes biopsíquicas insaciáveis que encontram nas representações mentais (desejos) suas formas de satisfação.

Da psicologia do ego se observou a necessidade de entender como essa instância organiza, gerencia e executa diversos processos mentais (alguns conscientes e outros inconscientes) e também o decisivo papel do superego. Identificaram-se os problemas advindos da inibição ou do fracasso no desenvolvimento das capacidades egoicas (p. ex., funções executivas, inteligência, juízo crítico e contato com a realidade) e superegoicas (julgamento moral e ideais), bem como os tipos de ansiedades primitivas correspondentes. Em outras palavras, reconheceu-se o

compromisso inconsciente firmado entre as estruturas psíquicas – id, ego e superego (a força do ego na busca de satisfação das pulsões ao mesmo tempo em que exerce controle e regulação das emoções e da tolerância à frustração e atende aos ideais pessoais e aos ditames sociais) – tão necessárias à adaptação à realidade.

Com as diversas contribuições das teorias das relações de objeto, pode-se ter uma maior compreensão dos efeitos que a maternagem e a paternagem precoce exercem para o desenvolvimento psíquico. Foi ressaltado o impacto que as perdas e as separações muito iniciais ou a superproteção causam em termos de prejuízos emocionais e neurocerebrais (Panksepp, 1998), bem como as respectivas marcas deixadas por traumas cumulativos precoces. A relação entre traumas e perdas precoces e os problemas nas relações interpessoais de adultos no que tange à capacidade de estabelecer relações de confiança (e autoconfiança) e dependência também ficaram mais bem compreendidas a partir dos avanços promovidos pelas TRO.

Em relação à psicologia do *self*, adquiriu-se um importante conhecimento em relação ao fracasso da parentalidade suficientemente empática para a consolidação de um *self* coeso. Entre outras coisas, descobriu-se que o narcisismo pode ser saudável e que somente se torna patológico como resultado de experiências não empáticas precoces.

Sem pretender obscurecer as diferenças entre cada uma dessas escolas, ou modelos, é possível afirmar que a psicanálise como corpo teórico e técnico tem compartilhado um território comum (Wallerstein, 1992). As áreas de interesses, ainda que pareçam distintas, costumam incluir, entre tantos outros elementos comuns, o inconsciente dinâmico; a importância do passado no presente, seja por meio das experiências pré-edípicas ou edípicas; o papel das defesas do ego; o valor da transferência e da contratransferência (ver Quadro 13.1.1).

QUADRO 13.1.1
As quatro psicologias psicodinâmicas

	Drive	**Ego**	**Objeto**	***Self***
Expoentes	Sigmund Freud, Karl Abraham, Otto Rank, Wilheim Reich, Theodore Reik, William Stekel, entre outros	Hartmann, Kris e Loewenstein, Anna Freud, Joseph Sandler, Otto Fenichel, Fred Busch, Paul Gray, Charles Brenner, Harold Blum, entre outros	Sandor Ferenczi, Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Wilfred Bion, Donald Winnicott, Michael Balint, John Bowlby, Margareth Mahler, Edith Jacobson, entre outros	Heinz Kohut, Ernest Wolf, Howard Bacal, Kenneth Neuman, Daniel Stern, entre outros
Áreas de interesse	Inconsciente, sonhos, atos falhos, chistes, interpretação das culturas, pulsões de amor e ódio. Mundo interno	Formação do ego, do caráter/personalidade, processos defensivos, psicopatologia, superego, adaptação, conflito e narcisismo	Qualidade da relação (real ou internalizada) precoce; separação-individuação; “eu”, “não eu”, relação mãe-bebê, pai-bebê; desenvolvimento saudável e patológico	Experiências reais precoces com os pais ou seus substitutos; déficits desenvolvimentais. Mundo externo
Principais contribuições	Desenvolvimento psicossexual (p. ex., oral, anal, fálico, genital); sexualidade; vicissitudes pulsionais;	Atenção ao teste de realidade, o papel da agressão; neutralização dos afetos e regulação das emoções; diferença entre maturação e desenvolvimento; canais	Importância dos traumas precoces e das situações de abuso, luto e perda na formação do psiquismo; identificação de padrões repetitivos de apego/relações objetais	Formação e consolidação de um conceito integrado de si mesmo (*self*). Coesão e integração do *self*, estabelecimento de

	interpretação dos sonhos	adequados para sublimação e adaptação		fronteiras *self*-objeto, paradas desenvolvimentais
Na teoria	Complexo de Édipo feminino e masculino, inconsciente dinâmico	Diferença entre ego e *self*, narcisismo, teoria estrutural, superego (moral e ideais)	Desenvolvimento precoce (pré-edípico), formação do mundo interno, fantasia inconsciente, apego, objeto total e parcial	Empatia, autoestima, vergonha, narcisismo positivo/de vida/saudável *self* grandioso e imago parental idealizada
Na técnica	Interpretação, transferência e resistência, *insight*	Aliança terapêutica, intervenções não interpretativas (p. ex., assinalamento e confrontação), estabelecimento de parâmetros, ego observador, pessoa real do terapeuta	Contratransferência, teoria do campo, *enactment*, relação terapêutica, identificação projetiva, "psicologia de duas pessoas"	Regulação emocional (de afetos dolorosos), tipos específicos de transferências narcísicas
Processos cognitivo-emocionais	Processo secundário de pensamento, princípio da realidade, consciência, memoria e pré-consciente, lapsos	Funções de ego, Inteligência, funções executivas, competências, capacidades e força egoica, estilos cognitivos, inibições intelectuais e artísticas.	Modelos internos repetitivos de funcionamento, mentalização, "aparelho para pensar pensamentos" (arrogância e onipotência como formas para evitar o conhecimento -K), espaço potencial e criatividade	Capacidade criativa, talentos, habilidades, desenvolvimento tecnológico e cultural
A quem se destina indicação/população	Neuróticos (pacientes com uma estrutura mental que evoluiu ao ponto de funcionar em nível edípico, com uma identidade consolidada	Pacientes com prejuízos na formação da estrutura tripartite (id, ego e superego) que são disfuncionais em algumas áreas (trabalho e escola, amor e sexo, criatividade e relações sociais), mas que têm um ego observador preservado	Pacientes com prejuízos nas relações objetais (internalizadas) precoces; problemas nas relações interpessoais	Pacientes com falhas na relação com *self*-objetos reais que prejudicaram a construção de um *self* maduro/saudável; problemas narcísicos

Em se tratando de patologias de personalidade, os trabalhos de Otto Kernberg e Heinz Kohut representam os dois principais referenciais para o trabalho psicodinâmico. Além de terem suas contribuições amplamente aceitas pelas principais correntes psicanalíticas, suas obras tiveram alguma aceitação também na psiquiatria "ateórica" do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) (APA, 2013). Suas contribuições podem ser facilmente identificadas nos critérios diagnósticos das várias versões do DSM (incluindo o modelo alternativo do DSM-5) para os TPs (em especial o *cluster* B).

O trabalho de Otto Kernberg tem sido essencial para integrar muitos desses avanços e aplicá-los ao tratamento psicanalítico de pacientes graves. Ele foi precursor na integração entre a teoria pulsional freudiana, a psicologia do ego e as TRO no campo das patologias de personalidade (Kernberg, 1989, 1995, 2006, 2012). As contribuições de Kohut (1984, 1988a, 1988b, 1988c)

ampliaram significativamente o conhecimento sobre as patologias narcisistas. As descrições sobre os diferentes tipos de transferências que esses pacientes costumam estabelecer estão entre as suas contribuições mais relevantes. Ambos os conhecimentos estão contemplados no SWAP-200.

Ao esquematizar qualquer modelo teórico, é inevitável que não haja muito espaço para as nuances. Em alguma medida, as fronteiras entre cada uma das teorias aqui descritas deveria ser uma linha tracejada e permeável. Não resta dúvida de que em vários aspectos há um intercâmbio dessas teorias, sendo que, às vezes, trata-se de uma questão de ênfase em um ou outro aspecto. Vale destacar ainda que apenas didaticamente os modelos estão segmentados, porém, quanto mais o clínico tiver esses diferentes referenciais integrados em sua mente (quando for epistemologicamente possível), maiores serão as chances de que se ampliem as possibilidades de se tratar cada caso em sua peculiaridade.

Todos esses acréscimos à teoria inicial de Freud permitiram que um universo maior de pessoas pudesse se beneficiar dos tratamentos de orientação psicanalítica, desde que a técnica fosse planejada para cada caso em particular. Essa breve revisão dos fundamentos psicanalíticos é importante para compreender o modelo dos domínios funcionais, de Drew Westen (MDF-DW), uma vez que serviram de base para a construção do SWAP-200.

O MODELO DOS DOMÍNIOS FUNCIONAIS, DE DREW WESTEN

Os problemas de personalidade se caracterizam por serem formas pouco flexíveis, porém duradouras, de perceber a si mesmo, de se relacionar com as outras pessoas, de sentir e de pensar. O modo rígido como a pessoa patologicamente desconfiada, por exemplo, costuma perceber e se relacionar com os demais (antevendo intenções maldosas), de pensar (que será traído e enganado) e de sentir (que não pode confiar) parece ser ilustrativo do que se pretende dizer com um diagnóstico de transtorno da personalidade paranoide.

O objetivo principal do MDF-DW (Heim & Westen, 2005) é descrever o modo como a personalidade é formada e não necessariamente apresentar uma classificação dos TPs. As teorias psicanalíticas supracitadas formam a base sobre a qual o MDF-DW foi construído. Da perspectiva psicodinâmica clássica, o modelo considera fundamentais as relações entre conflitos, defesas e as formações de compromisso; da psicologia do ego reconhece a importância fundamental da adaptação à realidade, das funções do ego e da identidade; das TRO ele irá distinguir o valor das experiências precoces na formação da personalidade; da psicologia do *self* se absorve a centralidade da coesão e da integração do *self*; da teoria do apego se sobressaem os modelos internos de funcionamento; e, por fim, as teorias relacionais contemporâneas são úteis para compreender as experiências do si mesmo (*self*) em interação com os outros.

Ao mesmo tempo em que o MDF-DW emerge basicamente da teoria psicanalítica, também integra conhecimentos advindos da pesquisa empírica em personalidade, estudos sobre cognição, desenvolvimento emocional e psicologia clínica. Diferentemente do modelo dos traços, o MDF-DW procura descrever tanto os processos quanto as funções (dinâmicas) da personalidade (p. ex., como a pessoa se representa mentalmente a si e aos outros; de que forma costuma regular as próprias emoções; como se engaja em comportamentos destrutivos e impulsivos).

Segundo Heim e Westen (2005), a formulação sistemática de casos deve responder a três questões amplas:

1. o que a pessoa deseja, o que ela teme e o que valoriza e em que medida esses aspectos são conscientes ou inconscientes e funcionam colaborativa ou conflitivamente;
2. de que recursos psicológicos, incluindo processos cognitivos (inteligência, memória, processos de pensamento intactos) e afetivos, estratégias de regulação afetiva (estratégias conscientes de *coping* e mecanismos de defesas inconscientes) e habilidades comportamentais a pessoa dispõe para atender às demandas internas e externas;
3. qual o nível de conhecimento que a pessoa tem de si mesma e dos outros e o quanto é capaz do ponto de vista cognitivo, emocional, motivacional e comportamental de manter relações significativas e prazerosas.

Cada uma dessas questões e suas respectivas subdimensões estão associadas, segundo Heim e Westen (2005), a uma tradição em pesquisa da personalidade, clínica, cognitiva e psicologia desenvolvimental (p. ex., sobre o desenvolvimento de representações de *self* em crianças, representações objetais, julgamento moral, estilos de apego e habilidade para contar narrativas coerentes).

Para Heim e Westem (2005), indivíduos com determinados TPs podem ser caracterizados com:

- uma constelação distinta de motivações e conflitos, tais como constantes preocupações em relação ao abandono, em pacientes *borderline*, ou a conflitos entre desejos e medos em relação à proximidade com os outros, frequentes em personalidades evitativas;
- déficits no funcionamento adaptativo, tais como pobre controle dos impulsos, falta de capacidades autorreflexivas (mentalização) e dificuldades para regular o próprio afeto em pacientes *borderline* ou perturbações cognitivas subclínicas em pacientes com personalidade esquizotípica;
- modos problemáticos de pensar, sentir e se comportar em relação a si mesmos e aos outros, tais como tendência a formar representações simplistas e unidimensionais e a incapacidade de compreender por que as pessoas (incluindo a si mesmos) se comportam de determinado modo, esperando sempre alguma agressão dos outros (características comuns em pacientes paranoides, esquizoides e *borderline*).

Desse modo, no MDF-DW, o nível de saúde-doença (funcionamento da personalidade entre severo e relativamente saudável) pode ser avaliado de forma confiável usando um protótipo de personalidade saudável, como faz o SWAP-200, ou simplesmente classificando o nível de organização de personalidade derivado do trabalho de Kernberg (1995), que inclui esses três domínios.

O SWAP-200: UM MODELO PROTOTÍPICO PARA O PSICOTERAPEUTA DIAGNOSTICAR PATOLOGIAS DE PERSONALIDADE

Diferentemente de outros instrumentos que avaliam TPs, o SWAP-200 não é um instrumento de autorrelato, e, sim, um instrumento que o psicólogo ou psiquiatra preenche a partir das suas impressões clínicas (observação do que os pacientes dizem nas entrevistas a respeito de suas relações com os outros e também a partir do modo como se relacionam com o entrevistador ao longo do tempo). Portanto, o SWAP-200 é um instrumento diagnóstico composto de 200 perguntas cujo objetivo é avaliar aspectos saudáveis e patológicos da personalidade. O SWAP-200 foi desenvolvido utilizando o método Q-Sort (Shedler & Westen, 1998; Westen & Shedler, 1999a, 1999b, 2000). Para cada uma das 200 sentenças, o paciente recebe uma classificação (de 0 a 7) que vai desde itens não descritivos a respeito do paciente (0) até os altamente descritivos (7). Deve haver uma escolha forçada de itens, uma vez que para cada valor (0-7) existe um número limitado de utilizações. A linha de baixo mostra o número de vezes que o valor acima precisa ser usado.

0	1	2	3	4	5	6	7
100	22	18	16	14	12	10	8

Uma das vantagens do SWAP-200 é que, além de obter um diagnóstico categorial (p. ex., transtorno da personalidade *borderline* e transtorno da personalidade paranoide), ele permite identificar a presença de traços compartilhados com outros TPs, pois não se restringe à presença/ausência de determinado critério, possibilitando, assim, chegar a um diagnóstico dimensional. A partir de uma classificação em cinco pontos é possível verificar o quanto cada protótipo descreve idealmente e de modo dimensional o funcionamento de determinada patologia de personalidade. De modo crescente, a classificação 1 indica uma ausência de relação entre o funcionamento da pessoa e o protótipo; a 2 alude à presença de características marginais e periféricas; a 3 sugere a presença de características significativas; a 4 já aponta para a presença de um diagnóstico; e, finalmente, a 5 implica a presença do diagnóstico de TPs similar ao protótipo (Westen, Shedler, & Bradley, 2006).

1	*Ausência* de relação entre o funcionamento da pessoa e o protótipo.
2	Alude à presença de *características periféricas e marginais*.
3	Sugere a presença de *características significativas*.
4	Aponta para a presença de um *diagnóstico* **.**
5	Implica a presença do *diagnóstico de TP similar ao protótipo*.

Essas informações permitiram a criação de 12 perfis hipotéticos e prototípicos para cada um dos TPs. Esses protótipos, obtidos por meio de análises fatoriais Q, são transtorno da personalidade antissocial, transtorno da personalidade narcisista, transtorno da personalidade paranoide, transtorno da personalidade histriônica, transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, transtorno da personalidade esquizoide e a disfórica (sendo que esta última se ramifica em cinco protótipos: evitativo, hostil-externalizante, alto funcionamento depressivo, emocionalmente desregulado e dependente). Essas últimas se configuram em síndromes clínicas

altamente incidentes em amostras de pacientes clínicos. Posteriormente, Shedler e Westen (2004) identificaram que a estrutura fatorial do SWAP-200 abrange ainda 12 traços (fatores): índice de saúde psicológica, psicopatia, hostilidade, narcisismo, desregulação emocional, disforia, orientação esquizoide, obsessividade, transtorno do pensamento, conflitos edípicos, dissociação e conflito sexual. Westen e Muderrisoglu (2006), utilizando esse modelo dos 12 fatores, verificaram que a confiabilidade entre avaliadores alcançava uma correlação média (*r* de Person) entre os juízes de 0,82 (variando entre 0,45 e 0,89), sendo que os três itens que ficaram abaixo de 0,70 eram os que tinham menos itens e, portanto, baixa consistência interna.

Desde 2000, o SWAP-200 vem sendo adaptado para vários países (Höflich et al., 2007; Wellausen & Trentini, 2015) e utilizado com diversas amostras populacionais. Já existem estudos com amostras de pacientes com transtornos alimentares (Westen & Harnden-Fischer, 2001), pacientes forenses (Marin-Avellan, McGauley, Campbell, & Fonagy, 2005, 2014), pacientes suicidas (Ortigo, Westen, & Bradley, 2009), entre outros tipos de pacientes. Independentemente da orientação teórica (psicodinâmica, cognitivo-comportamental, sistêmica e eclética), há um elevado grau de concordância entre os psicoterapeutas sobre as sentenças que melhor descrevem seus pacientes com TP.

É de conhecimento geral que instrumentos de autopreenchimento têm diversas vantagens, entre as quais a possibilidade de que o profissional não esteja presente durante o processo de avaliação, a oportunidade de que um número maior de pessoas possa ser avaliado ao mesmo tempo e uma maior liberdade para o examinando. Entretanto, também é sabido que as pessoas ao serem psicologicamente avaliadas podem não ser de todo honestas, ainda mais quando se trata de aspectos da sua própria personalidade (Shedler, Mayman, & Manis, 1993). Além disso, por vezes, aqueles aspectos do seu "jeito de ser", que muitas vezes trazem sofrimento, prejuízo, mal-estar e desconforto para as outras pessoas, nem sempre são percebidos pelo próprio indivíduo como problemáticos (Westen & Shedler, 2007). Uma das grandes vantagens do SWAP-200 em relação a outros instrumentos de avaliação da personalidade é a de que o julgamento clínico se torna central. Com o SWAP-200, o psicoterapeuta tem uma oportunidade privilegiada para aliar de forma primorosa a clínica e a psicometria. Utilizando seu arcabouço teórico e sua experiência clínica na relação terapêutica, ele tem as condições para tentar, por meio desse instrumento, descrever o mais próximo possível da realidade aquilo que percebe na personalidade de seu paciente.

A partir do SWAP-200 tem se tornado possível uma aproximação maior entre a pesquisa e a clínica dos TPs (Westen, Shedler, Bradley, & Defife, 2012). Nos últimos anos, diversos estudos se mostraram relevantes para uma revisão e melhor refinamento da taxonomia adotada no DSM, apontando para novos agrupamentos de pacientes (*clusters*), como no caso de pacientes *borderline* (Conklin & Westen, 2005) e narcisistas (Russ, Shedler, Bradley, & Westen, 2008).

Por fim, vale ressaltar que o SWAP-200 dispõe, para cada diagnóstico de TP, um conjunto de questões técnicas (p. ex., reações contratransferenciais comumente esperadas) que pode auxiliar o psicoterapeuta no tratamento de seus pacientes.

FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA PSICODINÂMICA: OS DIAGNÓSTICOS DE PERSONALIDADE E SUA UTILIDADE CLÍNICA E EMPÍRICA

Invariavelmente, quando uma pessoa procura um psicólogo clínico ou um psiquiatra, é porque há um problema. Esse pode ser reconhecido pela própria pessoa (egodistônico, ou seja, está lhe causando algum sofrimento), ou o sofrimento está sendo sentido por outras pessoas (egossintônico), como é frequente com pessoas próximas de um indivíduo com uma patologia de personalidade (Wellausen & Oliveira, 2016). O ponto importante é que, quando a pessoa se apresenta para uma avaliação psicológica ou um processo psicoterapêutico, geralmente há uma queixa, um sintoma ou uma doença que a leva a solicitar tratamento (ou a ser levada para receber essa ajuda).

Em ambientes institucionais, como internações psiquiátricas, hospitais de custódia e tratamento e penitenciárias[12], os psicólogos e os psiquiatras estão mais habituados à elaboração de (psico)diagnósticos. Tanto psicólogos quanto psiquiatras são solicitados a formular hipóteses diagnósticas a fim de planejar o tratamento de seus pacientes, bem como avaliar sua eficácia. Geralmente trata-se de casos cuja gravidade trouxe prejuízos que interferiram na capacidade de a pessoa levar uma vida normal. Do ponto de vista descritivo, os problemas vão desde abuso ou dependência de álcool e outras drogas, comportamentos auto ou heterodestrutivos, desconfianças crônicas e pervasivas, crises graves de ansiedade ou depressão, episódios psicóticos até tentativas de suicídio ou homicídio.

Uma avaliação dessas doenças (ou sintomas) é imprescindível, pois costuma revelar informações interessantes sobre o paciente (e seu entorno). Contudo, não se deveria perder de vista que avaliar a história da pessoa é tão ou mais importante do que a história da sua doença (Blatt, 2010). Quando se aborda o diagnóstico psicodinâmico, o que está em questão é a avaliação das estruturas e das dinâmicas psicológicas internas e os modos como elas se expressam em comportamentos e atitudes manifestas (Clarkin, Fonagy, & Gabbard, 2013; Kernberg, 1995, 2006, 2012). Isso significa uma avaliação criteriosa das dinâmicas das relações de objeto internalizadas, as forças e as fraquezas do ego, a qualidade do superego, as formações de compromisso, a capacidade de adaptação e o contato com a realidade, os mecanismos de defesa prevalentemente usados, a integridade do *self*, entre outros aspectos (McWilliams, 2005, 2006). Assim se procede, porque se entende que avaliar a estrutura e a dinâmica da personalidade é a melhor forma de verificar em qual contexto tais sintomas (doenças) se expressam (Westen, Gabbard & Blagov, 2006). Além disso, é comum verificar que, às vezes, a aceitação das medidas terapêuticas dependerá mais da personalidade do paciente do que da doença em si[13].

Tal exigência nem sempre ocorre na clínica privada na qual as patologias de personalidade tendem a ser mais leves (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2008) e, portanto, com maiores chances de passarem despercebidas. Além disso, outras razões contribuem para tornar o diagnóstico de personalidade pouco estimado pelos clínicos, tais como: 1) descrédito/desconhecimento em relação aos critérios diagnósticos dos manuais classificatórios; 2) excessiva sobreposição diagnóstica entre os TPs; 3) pouco treinamento e experiência clínica com pacientes graves; 4) pressões para que os (antigos) transtornos de Eixo I tenham preferência diagnóstica, pois existem algumas medicações para seus sintomas; 5) ausência de medicações específicas para os problemas de personalidade; 6) carência da oferta de tratamentos psicoterápicos quando

problemas de personalidade são diagnosticados; e 7) problemas contratransferenciais comuns no atendimento de pacientes graves.

De fato, uma das razões pelas quais o DSM passou recentemente por uma revisão foi a baixa frequência de utilização pelos clínicos mais experientes dos critérios ali apresentados (Westen, Defife, Bradley, & Hilsenroth, 2010). Um dos principais problemas, no entanto, parece ser o fato de que esses manuais, em geral, adotam um modelo "ateórico" para o diagnóstico dos transtornos mentais. Ao descartar modelos e teorias psicológicas para a compreensão sobre o adoecimento, não restam muitas alternativas a não ser as causas biológicas (p. ex., genéticas, endócrinas e neurológicas), ainda que muitas delas sejam carentes de comprovação. Tal modelo "ateórico" torna, portanto, muito difícil reunir todas as informações obtidas em uma boa anamnese integrando-as em uma formulação de hipóteses diagnósticas consistentes. Por outro lado, isso praticamente obriga o clínico a compartimentar e tratar seu paciente baseando-se exclusivamente em seus sinais e sintomas (primeiro tratando seu alcoolismo, depois seu tabagismo, depois sua ansiedade, sua depressão, seus problemas conjugais e familiares e assim indefinidamente).

Devido a essas e outras razões apontadas, muitos profissionais tendem a não estar acostumados a ter de elaborar hipóteses diagnósticas de seus pacientes. Porém, cada vez com maior frequência chegam aos consultórios e ambulatórios pacientes com diagnósticos obtidos em consultas de 15 minutos com o clínico geral ou outro profissional não experiente em doenças mentais. Não é raro já chegarem medicados e "psicoeducados" para ansiedade e/ou depressão, depois de "descobrirem" sua "doença" na internet. São por essas e outras razões que sugiro que o psicoterapeuta possa usar melhor suas teorias, seus modelos, seus instrumentos e suas técnicas para que suas ações, de fato, beneficiem pacientes e familiares.

Pelo que foi exposto ao longo deste capítulo, deve ficar evidente que, quando se faz referência ao diagnóstico, está se buscando uma compreensão mais profunda sobre o funcionamento da personalidade (ego, id, superego, relações objetais e coesão do *self*) e não apenas em relação a comportamentos problemáticos (p. ex., ataques de pânico, ideação suicida, abuso/dependência de álcool e outras drogas, relações interpessoais perturbadas, comportamento impulsivo ou condutas destrutivas). Claro que medidas terapêuticas (incluindo as medicamentosas, quando indicadas) devem e precisam ser tomadas a fim de evitar que esses comportamentos desadaptativos tragam ainda mais prejuízos ao paciente e àqueles outros envolvidos. Porém, passado o momento de crise, torna-se imprescindível planejar o tratamento a partir de uma avaliação mais global e profunda possível.

Muitos dos críticos desses manuais não deixam de ter suas razões. É provável que em muitos casos no passado os diagnósticos tenham sido mal formulados (p. ex., apenas baseados no relato de sinais e sintomas ou no preenchimento de *checklists*), e nem profissionais nem pacientes se beneficiaram deles, optando por aboli-los. Nessas situações, não parece que o problema estivesse no diagnóstico em si, mas na forma como foi obtido e nos critérios utilizados que não contribuíram para que se pudesse de fato conhecer a pessoa sob avaliação, mas apenas os sinais e os sintomas de alguma doença. O problema é que nas doenças mentais não é infrequente que diferentes transtornos compartilhem os mesmos sinais e sintomas (Blatt, 2010). Além disso, outra ressalva frequentemente feita é a de que os diagnósticos servem tão somente para julgar, rotular e estigmatizar as pessoas. Como instrumentos de estigmatização e segregação, os diagnósticos jamais deveriam sequer existir; entretanto, duvidamos muito que essas sejam as motivações daqueles que estão dedicando suas vidas como clínicos, pesquisadores e cientistas a compreender e ajudar a minimizar o sofrimento alheio.

Em razão de todas essas críticas que têm sido dirigidas ao DSM e à *Classificação internacional das doenças* (CID) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993), quanto à validade clínica e empírica dos diagnósticos ali descritos, o National Institute of Mental Health (NIMH – https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml) vem propondo uma classificação diagnóstica alternativa (RDoC – Research Domain Criteria). Em linhas gerais, essa proposta está estruturada em torno de cinco domínios (sistema de valência negativa, sistema de valência positiva, sistema cognitivo, sistemas de processos sociais e sistemas regulatórios) que se subdividem em muitas áreas abrangentes. Contudo, ainda não existem resultados conclusivos em relação à validade e à pertinência dessa abordagem alternativa para o diagnóstico das doenças mentais.

Como psicoterapeutas, o que buscamos em uma avaliação integral da personalidade é saber, por exemplo, se o problema (queixa e sintoma) de impotência sexual e de ansiedade que trouxe o paciente para tratamento se deve a conflitos quanto à sua identidade sexual (fantasias inconscientes sádicas e agressivas em relação aos órgãos sexuais), ou se decorre do medo não consciente de possíveis compromissos e exigências, necessários ao bom exercício de uma eventual paternidade, ou se está relacionado a um processo identificatório patológico com uma figura paterna inconscientemente percebida como fraca e incapaz e, por conseguinte, a ansiedade de triunfar edipicamente sobre o pai; ou, por fim, a nenhuma dessas ou outras hipóteses, mas a uma causa orgânica que será tratada por um especialista em urologia.

Uma das consequências de não se dar a devida atenção ao que está supracitado é a de que uma espécie de profecia autocumpridora se concretize: quando se avalia somente a doença (sinais e sintoma), e não a pessoa (estrutura e dinâmica da personalidade), ou quando se usa um modelo "ateórico", não se tem muitas alternativas de tratamentos a não ser as medicamentosas e, quando muito, técnicas psicoterápicas breves. De modo geral, estas objetivam apenas a uma mudança comportamental sem tratar o significado dinâmico da doença que afeta a personalidade como um todo. O resultado pode ser que, a fim de manter a relação dinâmica conflitiva básica inconsciente, que não foi sequer considerada, outros sintomas serão desencadeados ou os mesmos se agravarão. Agindo desse modo, não será surpresa o eventual descrédito em relação aos profissionais da saúde mental.

Para ilustrar o que se está propondo, serão apresentados alguns casos clínicos. O material apresentado a seguir foi obtido depois de várias entrevistas clínicas e contou com o SWAP-200 para a organização das informações. Esses casos buscam exemplificar que, independentemente de ser clínica privada ou um ambiente institucional, quanto mais completa for a avaliação do paciente, maior será o leque de conhecimentos e informações essenciais para a definição das condutas e maiores as chances de benefícios aos envolvidos.

VINHETA CLÍNICA 13.1.1

ROBSON

Robson tem 28 anos e conta que, aos 11, quando estava na 2º série do ensino fundamental, parou de frequentar a escola porque "precisava trabalhar para ajudar a família". Na ocasião, a mãe estava grávida de seu terceiro irmão, e ele não via seu pai biológico havia muitos anos. A única coisa que sabia sobre o pai é que tinha estado encarcerado por algum tempo. Um dos companheiros anteriores da mãe estivera preso por violência doméstica, e o penúltimo havia sido assassinado por traficantes.

Por volta dessa idade, não lembra muito bem, começou a faltar às aulas e “de frescura” passou a fazer uso de maconha, loló e cola. Quando “matava” as aulas, costumava perambular pelo centro da cidade fazendo pequenos furtos: “descuido, sabe como é que é, né?”. Refere que sua primeira experiência sexual foi aos 14 anos com uma menina de 16, depois de terem consumido drogas e álcool. Dessa experiência sexual, nasceu uma criança que Robson viu após o nascimento, ainda no hospital, e mais “uma ou duas vezes”. Refere que, nos últimos 10 anos, fez “alguns bicos” que duravam poucas semanas, pois, devido “à condição social e à pobreza” da infância, teve dificuldades “para aprender a ler e escrever” e que, por isso, até hoje não teve a carteira de trabalho assinada. Robson esteve preso por dois anos por tráfico de drogas e posteriormente mais um ano e meio por receptação. Atualmente, encontra-se respondendo em liberdade por um assalto à mão armada. Está internado para tratamento para dependência química (*crack*, cocaína inalada, maconha e tabaco) faltando cerca de 20 dias para a audiência que decidirá sobre sua liberdade. Tem uma tentativa prévia de tratamento em Comunidade Terapêutica, porém, depois de um mês, abandonou tal proposta, pois lá “só rezava e cavava buracos”. Durante a internação, pede que sua mãe seja contatada para vir visitá-lo. A mãe informa estar sem tempo no momento para ir ao hospital. Por telefone, revela para a equipe que da última vez que Robson a visitou pediu dinheiro e, como ela não tinha para dar, ele agrediu um dos meios-irmãos que tentou defendê-la, sendo que por fim Robson acabou por “levar” a televisão e o botijão de gás. Conta que essa não foi a primeira vez que agiu de modo ameaçador e violento no âmbito familiar. Todas as vezes em que se comporta de modo impulsivo tende a colocar a culpa no efeito das drogas sobre seu livre-arbítrio. Depois de prejudicar sua família (não somente financeiramente, mas colocando-a em risco de outras maneiras), diz-se arrependido, porém, tão logo recupera a confiança das pessoas, volta a cometer os mesmos “erros” anteriores (p. ex., enganar, mentir, roubar e trair). Ver os resultados do SWAP-200 nas Figuras 13.1.2 a 13.1.4.

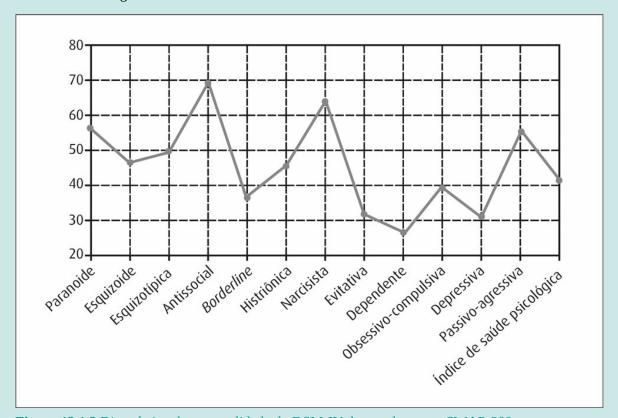



Figura 13.1.2 Diagnóstico de personalidade do DSM-IV de acordo com o SWAP-200.

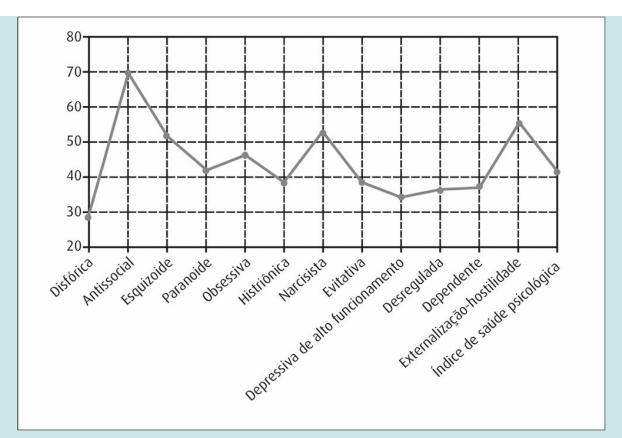



Figura 13.1.3 Diagnóstico das síndromes de personalidade de acordo com o SWAP-200.

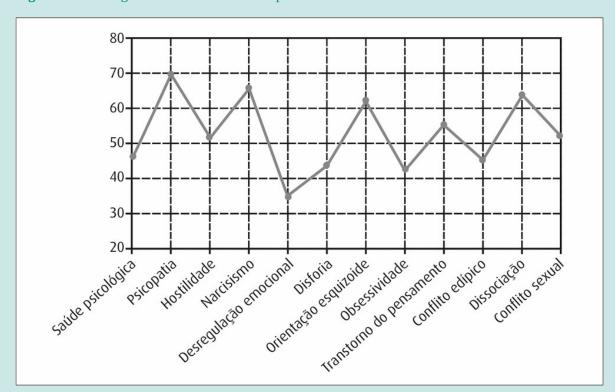



Figura 13.1.4 Diagnóstico dos traços de personalidade de acordo com o SWAP-200.

VINHETA CLÍNICA 13.1.2

NICOLY

Nicoly começa a entrevista referindo estar aliviada por ser um psicólogo homem que irá conversar com ela sobre seus "ataques de pânico", pois nunca se dá bem com mulheres, "a não ser na cama". Sente que seria mais feliz se tivesse nascido homem, simplesmente odeia "papo de mulherzinha que só fala de fralda, mamadeira e bebê". Lembra que, desde os 12, 13 anos, começou a sentir atração por meninas e que até tentou "ficar com uns caras", mas "prefere as meninas". Ao contar para sua mãe sobre sua sexualidade, diz que ela "me apoiou, me deu a maior força". Nicoly acha que se fosse homem teria mais respeito das pessoas. Não sorri muito, pois não é de ficar "se arreganhando" para ninguém. Tem tatuagens espalhadas pelo corpo, sendo que as últimas que fez cobrem parte do colo e das mãos. Conta que aos 9 anos foi abusada sexualmente por um dos companheiros da mãe e que, na ocasião, quando contou a ela sobre o ocorrido, foi castigada e ameaçada de ser mandada embora de casa se voltasse a inventar essas "mentiras". Atribui a culpa pelo abuso ao pai, que abandonou a mãe quando ela estava com 3 anos. Apesar de algumas repetências, concluiu, aos 19 anos, o ensino médio. Há quase dois anos está "encostada por depressão e estresse" (na Previdência Social) porque, em seu último emprego como *bartender*, agrediu fisicamente um cliente. Desde os 14 anos, faz uso "recreativo de maconha", mas já experimentou diversas outras drogas. Seus relacionamentos afetivos dificilmente chegam a completar um ano. Em algum momento, ela começa a se achar "presa, sufocada" ou "que a relação fica muito parada", monótona, e costuma se "abrir pra novas experiências", trai ou é traída. Quase que semanalmente, quando Nicoly e a atual companheira com quem está há mais ou menos 7 meses se "estressam", pensa em tirar a própria vida, mas acha que isso nunca vai acontecer. Às vezes, após as brigas, ela sente muita angústia, como se o "peito fosse explodir" ou que o "chão fosse se abrir na minha frente" e, para tentar controlar essas sensações, vai até o trabalho da companheira ou chega a telefonar para ela "mais de 100 vezes" em um dia (ou até ela atender) para "fazerem as pazes". As cicatrizes de cortes superficiais na parte interna dos braços e das pernas são uma "herança da adolescência", quando após se cortar conseguia se acalmar e "aquelas ideias de morrer" desapareciam. Hoje em dia tem dificuldades para dormir e não aceita tomar os medicamentos que o "idiota do psiquiatra" indicou, já que "não servem pra porra nenhuma". Somente consegue "pegar no sono e relaxar" se estiver "um pouco bêbada ou chapada". Ver os resultados do SWAP-200 nas Figuras 13.1.5 a 13.1.7.

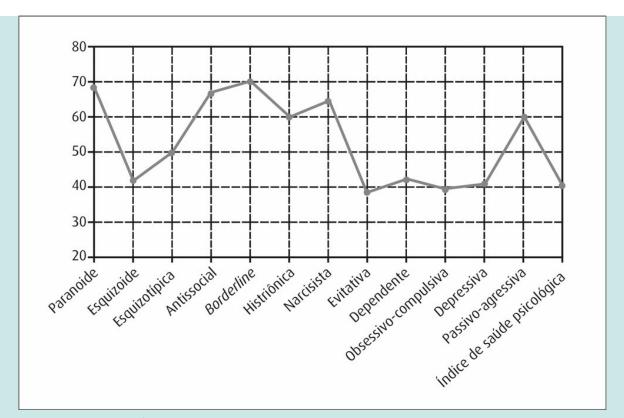



Figura 13.1.5 Diagnóstico de personalidade do DSM-IV de acordo com o SWAP-200.

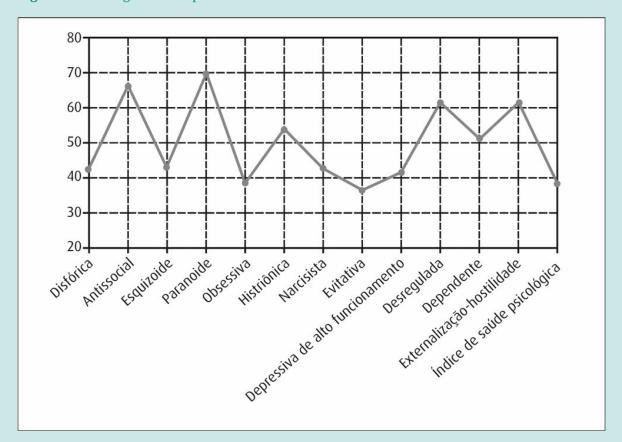
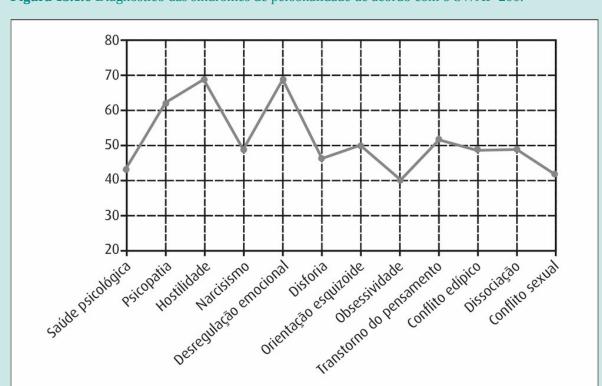



Figura 13.1.6 Diagnóstico das síndromes de personalidade de acordo com o SWAP-200.

Figura 13.1.7 Diagnóstico dos traços de personalidade de acordo com o SWAP-200.

Esses exemplos clínicos[14] buscam ilustrar informações obtidas a partir de uma abordagem empática, mas ao mesmo tempo investigativa (Kernberg, 1995, 2006), um conjunto de conhecimentos relevantes não só sobre a doença, mas sobre a história desenvolvimental, a qualidade das relações de objeto, a visão de si mesmo (representações de *self*), a visão dos outros (representações dos objetos), a qualidade do superego, o teste de realidade, a capacidade de regulação emocional, o controle dos impulsos, a tolerância à frustração, os mecanismos defensivos prevalentes, a cognição social, a força de ego, entre outros aspectos. Todos esses conceitos vão ficando mais evidentes ao entrevistador tanto mediante aquilo que o paciente relata sobre si e sobre os outros (o modo como se coloca no mundo) quanto a partir do que o clínico experimenta em sua contratransferência (p. ex., medo, pena, raiva e tristeza) por meio da interação no aqui e agora das entrevistas. O Quadro 13.1.2 sintetiza e organiza esse conjunto de dados e informações.

QUADRO 13.1.2
Integração conceitual e formulação diagnóstica psicodinâmica

	Robson	**Nicoly**
História desenvolvimental	Situações de negligência e violência precoces, abandono, fracasso biparental, ambiente caótico, uso de drogas precoce (provavelmente afetando a maturação cerebral)	Abuso sexual, traumas precoces, ausência de um casal parental protetor e que favorecesse seu sentimento de confiança e segurança emocional

Sintoma/queixa: motivo para procurar tratamento	Dependência química, álibi para não comparecer ao Tribunal de Justiça(?)	Ataques de pânico e sintomas depressivos (ideação suicida), comportamentos autodestrutivos e abuso de substâncias psicoativas
Relações de objeto predominante	Predatórias e abusivas	Instáveis, caóticas, destrutivas e marcadamente ambivalentes
Representação de *self*	Acredita que, em razão do passado, é um credor da sociedade (e das outras pessoas), a qual tem de lhe retribuir e compensar, seja por bem ou por mal	Instável. Alterna entre uma menina carente e dependente que se "gruda" em quem lhe der atenção e outra imagem de si em que é má e raivosa atacando interna e/ou externamente quem dela se aproximar
Representação de objeto	Mau, traidor, abandonante, preocupado somente consigo mesmo e egoísta	Maus, sedutores, mentirosos, não confiáveis, abusadores ou salvadores
Superego	Primitivo e sádico. Comprometimento importante na capacidade de ver compromissos e responsabilidades como uma via de mão dupla. Facilmente deposita sobre os demais a culpa e a responsabilidade pelos problemas e dificuldades que enfrenta. Não sofre de arrependimentos ou "dores na consciência" genuínos. Inexiste uma pressão interna para ser uma pessoa melhor. Menospreza padrões éticos e morais prevalentes na sociedade	Primitivo. Características sádicas e masoquistas. A noção do certo e do errado flutua conforme seu humor. Tende a prevalecer um relativismo moral que estará em consonância com suas necessidades emocionais. Quando pressionada pela consciência – sentimentos de culpa – tende a paralisar ou a agir sem pensar. Princípios, valores e ideais se tornam parâmetros voláteis e inconsistentes
Mecanismos de defesa prevalentes	Projeção, identificação projetiva, racionalização, desvalorização e controle onipotente	Identificação projetiva, idealização primitiva, negação e evitação
Identidade	Identidade negativa	Difusão de identidade
Regulação emocional	Utiliza drogas para regular as emoções. Abusa e explora as pessoas para se sentir emocionalmente forte e poderoso	Precária capacidade de regular as emoções estando vulnerável à autodestrutividade (automutilação, cortes e ideação suicida) quando sob estresse, como forma de se sentir viva
Processos cognitivo-emocionais	Prejudicados pela falta de estimulação precoce, por uso de drogas e estados de fissura; nas interações reais ou imaginadas, tende a colocar-se como prioridade	Ficam prejudicados mediante situações de estresse. Medo do abandono e da perda faz a ação prevalecer sobre a reflexão
Contato com a realidade	Existe, mas é precário ficando subordinado à satisfação pessoal ao exercício do controle e do sadismo e das relações de poder/dominação com os demais	Existe, mas é precário ficando subordinado à qualidade percebida nas relações interpessoais
Tolerância à frustração/angústia	Baixa capacidade de lidar com frustração, tornando-se agressivo e violento	Muito limitada. Diante de situações de estresse, vivencia ansiedades de aniquilamento e morte reagindo de forma inconsequente
Capacidades egoicas	Praticamente não faz uso das capacidades egoicas a não ser quando tenta manipular os demais, prevalece o id (pulsões)	Usadas parcialmente, porém obstruídas devido ao comportamento impulsivo e descontrolado
Hipótese diagnóstica	Transtorno da personalidade antissocial	Transtorno da personalidade *borderline*

A partir desse esquema fica mais simples entender as tarefas do psicoterapeuta na identificação das potencialidades e das necessidades dos pacientes. Além disso, podemos também ter uma ideia mais clara em relação às possíveis reações transferenciais e contratransferenciais que poderão ser despertadas ao longo das interações. É possível ainda ter uma noção da capacidade do paciente para estabelecer e manter uma aliança de trabalho, além de outros aspectos que ajudam a planejar o tratamento e ter uma ideia quanto ao prognóstico.

PESQUISA EM PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA E O SWAP-200

As pesquisas em psicanálise e em psicoterapia psicanalítica não são uma novidade. O primeiro projeto de pesquisa psicanalítico foi coordenado por Robert Wallerstein e colaboradores, ainda na década de 1960, nos Estados Unidos (PDM, 2006). Esse estudo foi pioneiro e ao mesmo tempo revelador, pois evidenciou não haver grandes diferenças em termos de resultados e benefícios aos pacientes quando se comparava os tratamentos analíticos com as psicoterapias psicodinâmicas. De lá para cá, clínicos e pesquisadores têm trabalho de forma conjunta criando métodos cada vez mais modernos de avaliar os tratamentos dinamicamente informados (Levy, Ablon, & Kachele, 2012; PDM, 2006; Weiss e Sampson, 1986).

Quanto à importância da pesquisa em psicoterapia para a prática clínica, ainda não há um consenso entre os praticantes (Westen, 2000; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). Pelo contrário, esse tema tem gerado debates importantes no seio da International Psychoanalytic Association (IPA). Entre psicoterapeutas dinâmicos, ainda há muita resistência em implementar estudos empíricos sistemáticos, mesmo em institutos de formação. De modo geral, as pesquisas em psicoterapia psicodinâmica costumam se dividir entre avaliação dos resultados dos tratamentos (eficácia) e avaliação dos processos envolvidos (p. ex., aliança terapêutica, contratransferência, *enactment*). Apesar das limitações, as pesquisas têm contribuído para apontar a eficácia de determinados métodos em determinadas amostras clínicas (Levy et al., 2012). Isso tem como consequência direta o aumento no escopo de pacientes que podem se beneficiar das psicoterapias e, em especial, as dinamicamente orientadas.

Com relação à pesquisa com o SWAP-200, Shedler e Westen (Clarkin et al., 2013) utilizaram esse instrumento para avaliar o resultado de tratamento em um caso clínico. Passado um intervalo entre a primeira avaliação pré-tratamento e outra feita alguns meses depois, os autores mostraram que, por meio do SWAP-200, foi possível identificar mudanças estruturais na personalidade da paciente, indicando que esse instrumento, além de servir para o diagnóstico de patologias de personalidade, também pode ser útil em estudos de resultado (eficácia) de tratamento.

Recentemente procuramos (Wellausen & Trentini, 2014) investigar evidências de validade clínica de TPs em pacientes do *Cluster* B (DSM-5), diagnosticados por meio do SWAP-200. Alguns achados revelaram a consistência do SWAP-200 na classificação diagnóstica, uma vez que se verificou a presença de significância estatística em várias áreas comprometidas da vida dos pacientes, conforme a experiência clínica e a literatura indicavam. Entre as principais áreas em que os pacientes desse *cluster* se encontravam, verificou-se: maior fracasso acadêmico e laboral, problemas na gestão de gastos pessoais, maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis, maior taxa de envolvimento em situações de agressão e violência e abuso sexual. Esses achados corroboram várias descrições na literatura de casos de pacientes com organização de personalidade *borderline* (Gabbard, 2006; Kernberg, 1989, 1995, 2006; McWilliams, 2005, 2006).

Em síntese, é possível afirmar que, do ponto de vista empírico, o SWAP-200 é um instrumento robusto e confiável. Na clínica, pode ser uma ferramenta a serviço da acurácia e da qualidade técnica e se consolidar como uma forma científica de dar maior credibilidade ao trabalho clínico (Westen et al., 2010).

RELATIVISMO CULTURAL, CIENTÍFICO E OS DIAGNÓSTICOS DAS DOENÇAS MENTAIS

Nesta parte final do capítulo, serão discutidos alguns temas cuja preocupação tem origem no trabalho do primeiro autor deste capítulo como psicólogo clínico e forense, que, por sua experiência no sistema penitenciário, tem convivido com fenômenos que certamente não seriam possíveis em outros contextos. Trabalhar com pessoas que sistematicamente se comportam de forma a romper com as regras sociais, a infringir os ditames éticos e a quebrar os padrões morais prevalentes na sociedade despertou um maior interesse em compreender a natureza humana e os fatores associados ao seu adoecimento.

Inicialmente é preciso dizer que tudo o que foi exposto até agora somente terá algum valor se pudermos pensar e contextualizar a avaliação psicológica (e, em especial, a de personalidade) em seu momento atual na cultura brasileira. Parece que estamos diante de uma crise de valores na sociedade, uma relativização de tudo, que alguns associam à pós-modernidade, mas cujas consequências não têm poupado em nada a ciência psicológica. Não está claro quando, como, nem por que isso aconteceu, mas, em algum momento, passou-se a acreditar que ter opinião sobre algo é a mesma coisa que ter conhecimento sobre aquilo (Adler, 2015).

Um exemplo pode ajudar a esclarecer o que queremos demonstrar. Frequentemente a opinião que se ouve de alguém inexperiente ou sem conhecimento claro sobre doença mental depois de assistir à apresentação de um caso clínico é mais ou menos assim: “Tá, mas quem com uma história de vida dessas, com os pais que essa pessoa teve, com a vida que levou e com as coisas que teve que enfrentar não se tornaria um... narcisista, ou *borderline*, ou antissocial, ou paranoide...? Não é doença, quem não ficaria assim? Esse jeito dele tá explicado! Está justificado!”.

A resposta mais sensata a uma opinião não fundamentada como essa é a de que exatamente em função de a pessoa ter tido pais como esses (ou não os ter tido), uma história de vida como essa, por ter tido de enfrentar essas dificuldades, é que, a bem da ética e da boa qualidade técnica e profissional, ela deve receber o diagnóstico psicológico X, Y ou Z[15]. Além disso, se não se procedesse dessa forma, estaria sendo ignorado o conhecimento acumulado por décadas a respeito de dados clínicos, teorias e métodos que foram criados e desenvolvidos em razão da sua validade e eficácia enquanto outros foram descartados.

É graças ao acúmulo desses conhecimentos que se sabe, por exemplo, que pessoas com uma personalidade instável ou *borderline* têm muito mais chances de cometer suicídio e de se envolver em situações que colocam suas vidas em risco (p. ex., abuso de drogas, sexo promíscuo e automutilação), que os narcisistas tendem a ignorar qualquer coisa que não sejam os seus projetos e os seus interesses pessoais e que são altamente suscetíveis a ataques de raiva quando se sentem humilhados, que os antissociais fracassam constantemente em assumir compromissos e responsabilidades com filhos, cônjuges e trabalho.

Diferentemente de outras áreas da saúde e da medicina em especial, nas quais é praticamente impossível a proposição de um tratamento sem que ao menos uma hipótese diagnóstica seja formulada, nas áreas “psi”, o diagnóstico por vezes parece ser visto como algo prejudicial, negativo e não como aquilo que pode evitar que o paciente (e sua família) tenha enormes sofrimentos, desgastes e prejuízos. Parece que, no campo da saúde mental, os diagnósticos têm sido vistos como uma ofensa ou o exercício de preconceito e não como algo que pode servir para

orientar o terapeuta na condução do tratamento e, consequentemente, contribuir para melhorar a vida das pessoas.

Para que os diagnósticos de transtornos mentais tenham credibilidade, eles deveriam atender a pelo menos duas condições: 1) estarem baseados em algum modelo teórico que, ao longo da história da psicologia/psiquiatria, tenha mostrado evidências de sua utilidade para melhorar a vida das pessoas e 2) serem realizados por pessoas com sólida e ampla experiência clínica ou sob a orientação delas. Caso contrário, em vez de emitir um parecer técnico baseado em evidências científicas, o que se estará fazendo é apenas a emissão de uma opinião ou um julgamento. É importante que fique claro que não se está sugerindo que todas as pessoas sofrem de alguma patologia de personalidade, ainda que todos tenhamos uma personalidade.

O propósito deste capítulo foi chamar a atenção dos clínicos para que, ao darem início aos tratamentos, ao menos uma hipótese diagnóstica seja formulada. Não é infrequente, mesmo dentro de abordagens psicodinâmicas, assistir a apresentações de casos e observar que nem sempre se tem o devido cuidado de avaliar não apenas os aspectos infantis e as fragilidades emocionais dos pacientes, mas aqueles saudáveis também. Muitas vezes, a compreensão dinâmica e as intervenções não estão embasadas, por exemplo, em uma avaliação profunda das capacidades egoicas do paciente ou de seu nível de contato com a realidade, mas tão somente quanto às suas relações de objeto. Não raras vezes se vê bons terapeutas dando excessiva ênfase aos aspectos relativos do mundo interno, às fantasias, aos sonhos, mas negligenciando a realidade externa e suas sérias implicações na vida do paciente. Procedendo desse modo, corre-se ao menos dois riscos: enxergar o paciente em um estado de sofrimento e até de regressão maior do que o que ele tem em sua estrutura de personalidade ou o de ver mais saúde onde, de fato, não existe.

A psicanálise e as psicoterapias dela derivadas certamente não são uma panaceia que explica, trata ou cura tudo. Todavia, como método de investigação e tratamento das doenças mentais, sem dúvida elas ainda estão entre os mais completos e válidos. Se bem utilizadas e judiciosamente aplicadas (sem excessos ou modismos), e o SWAP-200 se configura em um poderoso instrumento nesse sentido, é provável que as teorias e as técnicas dinamicamente orientadas possam ajudar ainda muitas pessoas, reduzindo de forma considerável o custo social decorrente das doenças mentais. Tratar as pessoas em seus sofrimentos e suas dificuldades, podendo contar com um substrato de mais de 100 anos de evidências acumuladas, certamente torna a atividade do psicoterapeuta psicodinâmico um empreendimento ao mesmo tempo complexo, belo e desafiador.

REFERÊNCIAS

Abraham, K. (1970). *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido.* Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1911).

Adler, M. (2015). *Como pensar sobre as grandes ideias a partir dos grandes livros da civilização ocidental.* São Paulo: É Realizações.

American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Anzieu, D. (1989). *A auto-análise de Freud: e a descoberta da psicanálise.* Porto Alegre: Artmed.

Arlow, J., & Brenner, C. (1973). *Conceitos psicanalíticos e a teoria estrutural.* Rio de Janeiro: Imago.

Bacal, H., & Newman, K. (1990). *Theories of object relations: bridges to self psychology*. New York: Columbia University Press.

Balint, M. (1965). *Primary love and psycho-analytic technique.* London: Tavistock.

Bellak, L., Hurvich, M., & Gediman, H. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normal: a systematic study of conceptual, diagnostic, and therapeutic aspects*. New York: John Willey & Sons.

Bion, W. (1988). *Estudos psicanalíticos revisados.* Rio de Janeiro: Imago.

Blanck, G., & Blanck, R. (1979). *Ego psychology II: Psychoanalytic developmental psychology*. New York: Columbia University Press.

Blanck, G., & Blanck, R. (1983). *Psicologia do ego: teoria e prática.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Blatt, S. (2010). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process.* Washington: American Psychological Association.

Bowlby, J. (1988). *Cuidados maternos e saúde mental.* Martins Fontes: São Paulo.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Brenner. C. (1989). *La mente en conflito*. Madrid: Tecnipublicaciones.

Busch, F. (1995). *The ego at the center of clinical technique.* New Jersey: Jason Aronson.

Busch, F. (2017). *Criar a mente psicanalítica: teoria e método psicanalítico*. São Paulo: Escuta.

Caligor, E., Kernberg, O., & Clarkin, J. (2008). *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade.* Porto Alegre: Artmed.

Cassidy, J., & Shaver, P. (2010*). Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. London: The Guilford Press.

Clarkin, J., Fonagy, P., & Gabbard, G. (2013). *Psicoterapia psicodinâmica para transtornos de personalidade: um manual clínico.* Porto Alegre: Artmed.

Conklin, C., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry, 162*(5), 867-875.

Erikson, E. (1968). *Infância e sociedade.* Rio de Janeiro: Zahar.

Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise.* Rio de Janeiro: Zahar.

Fairbairn, R. (1980). *Estudos psicanalíticos da personalidade.* Rio de Janeiro: Interamericana.

Fine, R. (1981). *História da psicanálise*. São Paulo: Edusp.

Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: perspectives from developmental psychopathology*. London: Whurr.

Freud, A. (1977). *O ego e os mecanismos de defesa.* São Paulo: Civilização brasileira. (Obra originalmente publicada em 1936).

Freud, S. (1974). *A Dinâmica da transferência*. (Vol. 12). (Obras psicológicas completas, E.S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1912).

Freud, S. (1974). *A Dissolução do complexo de Édipo.* (Vol. 19). (Obras psicológicas completas, E. S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1924).

Freud, S. (1974). *Além do princípio do prazer.* (Vol. 23). (Obras psicológicas completas, E. S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1920).

Freud, S. (1974). *Caráter e erotismo anal.* (Vol. 9). (Obras psicológicas completas, E. S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1908).

Freud, S. (1974). *Estudos sobre a histeria.* (Vol. 3). (Obras psicológicas completas, E. S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1895).

Freud, S. (1974). *Formulações sobre dois princípios do funcionamento mental.* Rio de Janeiro: Imago. (Vol. 12). (Obras psicológicas completas, E. S.). (Obra originalmente publicada em 1911).

Freud, S. (1974). *Inibições, sintoma e ansiedade.* (Vol. 20). (Obras psicológicas completas, E.S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1926).

Freud, S. (1974). *Luto e melancolia.* (Vol. 14). (Obras psicológicas completas, E.S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1914b).

Freud, S. (1974). *O ego e o id.* (Vol. 19). (Obras psicológicas completas, E. S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1923).

Freud, S. (1974). *O inconsciente: Artigos sobre metapsicologia.* (Vol. 14). (Obras psicológicas completas, E. S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1915a).

Freud, S. (1974). *Os Instintos e suas vicissitudes.* (Vol. 14). (Obras psicológicas completas, E.S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1915b). Freud, S. (1974). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.* (Vol. 7). (Obras psicológicas completas, E.S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1905).

Freud, S. (1974). *Recordar, repetir e elaborar: Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II.* (Vol. 12). (Obras psicológicas completas, E. S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1914a).

Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Artmed: Porto Alegre.

Giovacchini, P. (1975) *Psychoanalysis of character disorders.* New York: Jason Aronson.

Gray, P. (1994). *El yo y el analisis de la defense*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Greenberg, J., & Mitchell, R. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Hartmann, H. (1978). *Ensayos sobre la psicologia del yo.* Mexico: Fondo de Cultura Econômica.

Hartmann, H., Kris, E., & Loewenstein, R. (1964). *Papers on psychoanalytic psychology*. New York: International University Press.

Heim, A., & Westen, D. (2005). Theories of personality and personality disorders. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*. (pp. 17-33).

Hinshelwood, R. (1992). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Höflich, A., Rasting, M., Mach, J., Pless, S., Danckworth, S., Reimer, C., & Beutel, M. (2007). A German version of the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) for the dimensional assessment of personality disorders. *GMS Psycho-Social-Medicine, 4*, 2-9.

Horowitz, M. (1987). *States of mind: configurational analysis of individual psychology*. New York: Plenun Medical.

Horowitz, M., Kernberg, O., & Weinshel, E. (1994). *Psychic structure and psychic change: essays in honor of Robert S. Wallerstein*. New York: International University Press.

Jacobson, E. (1969). *El self y el mundo objectal*. Buenos Aires: Beta.

Kernberg, O. (1980). *Mundo interior e realidade exterior: teoria aplicada às relações objetais*. Rio de Janeiro: Imago.

Kernberg, O. (1989). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kernberg, O. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.

Kernberg, O. (2012). *The inseparable nature of love and aggression: clinical and theoretical perspectives*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.

Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945*. Rio de Janeiro: Imago.

Knight, R. (1960). *Estados fronterizos*. In R. Knight (Ed.), *Psiquiatria psicoanalítica: Psicoterapia e psicologia médica* (pp. 133-148). Buenos Aires: Hormé.

Kohut, H. (1984). *Self e narcisismo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Kohut, H. (1988a). *Análise do self*. Rio de Janeiro: Imago.

Kohut, H. (1988b). *A restauração do self.* Rio de Janeiro: Imago.

Kohut, H. (1988c). *Psicologia do self e a cultura humana: reflexões sobre uma nova abordagem psicanalítica.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Kroll, J. (1988). *The challenge of the borderline patient: competency in diagnosis and treatment.* New York: W.W Norton & Company.

Levy, R., Ablon, J., & Kachele, H. (2012). *Psychodynamic psychotherapy research: evidence-based practice and practice-based evidence*. Boston: Human Press.

Lichtenberg, J., Lachmann, F., & Fosshage, J. (1992). *Self and motivational systems: toward a theory of psychoanalytic technique.* London: The Analytic Press.

Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marin-Avellan, L. E., McGauley, G., Campbell, C., & Fonagy, P. (2005). Using the SWAP-200 in a personality-disordered forensic population: is it valid, reliable and useful? *Criminal Behaviour and Mental Health, 15*(1), 28-45.

Marin-Avellan, L.E., McGauley, G..A, Campbell, C.D., Fonagy, P. (2014). The validity and clinical utility of structured diagnoses of antisocial personality disorder with forensic patients. *Journal of Personality Disorders, 28*(4), 500-17.

Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of borderline adult: a developmental approach.* New York: Brunner/Mazel.

McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.

McWilliams, N. (2006). *Formulação psicanalítica de casos*. Lisboa: Climepsi

Meissner, W. W. (2000). *Freud and psychoanalysis.* New York: University of Notre Dame Press.

Mitchell, S., & Black, M. (1995). *Freud and beyond: a history of modern psychoanalytic thought.* New York: Basic Books.

Molíns, E. (2008). *Los mecanismos de defensa: como nos enganamos para sentirnos mejor.* Bilbao: Mensajero.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial da Saúde. (OMS). (1993). *Classificação Internacional de Doenças. Organização Mundial da Saúde: CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ortigo, K., Westen, D., & Bradley, R. (2009). Personality subtypes of suicidal adults. *Journal of Nervous and Mental Health Disorders, 197*(9), 687-694.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.

Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice.* London: Guilford Press.

Pearson, E., Cooper, A., & Gabbard, G. (2007). *Compêndio de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

Piaget, J. (1999). *Play, dreams and imitation in childhood.* New York: W.W. Norton. (Obra originalmente publicada em 1952).

Pine, F. (1990). *Drive, ego, object and self: a synthesis for clinical work*. New York: Basic Books.

Psychodynamic Diagnostic Manual. (PDM). (2006). New York: International Psychoanalytic Association.

Roazen, P. (1999). *Como Freud trabalhava: relatos inéditos de pacientes.* São Paulo:

Companhia das Letras.

Rosenfeld, H. (1968). *Estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry, AiA, 1-9*.

Sandler, J. (1990). *Da segurança ao superego*. (D. Batista, & T. S. Ribeiro, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Schmideberg, M. (1986). The borderline patient. In M. Stone, (Ed.), *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border* (pp. 92-118). New York: New York University Press (Obra originalmente publicada em 1949).

Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago

Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of axis II: a Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, *5*(4), 333-353.

Shedler, J., & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1743-1754.

Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). The illusions of mental health. *American Psychologist*, *48*(11), 1117-1131.

Siegel, A. (2005). *Heinz Kohut e a psicologia do self*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Spitz, R. (1983). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.

St Clair, M. (1996). *Object relations and self psychology: An introduction.* Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Stone, L. (1986). Wedning scope of indications for psychoanalysis. In M. Stone, (Ed.), *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border* (pp. 203-228). New York: New York University Press (originalmente publicado em 1954).

Stone, M. (1986). *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University Press. (Obra originalmente publicada em 1954).

Stone, M. (1990). *The fate of borderline patients: successful outcome and psychiatric practice.* New York: The Guilford Press.

Tuttman, S., Kaye, C., & Zimmerman, M. (1981). *Object and self: a developmental approach: Essays in honor of Edith Jacobson*. New York: International University Press.

Vaillant, G. (1995). *Adaptation to life*. London: Harward University Press.

Wallerstein, R. (1992). *The common ground of psychoanalysis*. New Jersey: Jason Aronson.

Weiss, J., & Sampson, H. (1986). *The Psychoanalytic Process: theory clinical observation & empirical research*. New York: Guilford Press.

Wellausen, R., & Oliveira, S. (2016). *Psicodiagnóstico e as patologias de personalidade*. In C. Hutz, D. Bandeira, C. Trentini, & J. Krug (Eds.), *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.

Wellausen, R., & Trentini, C. (2015). É preciso diagnosticar patologias de personalidade? *Revista Brasileira de Psicoterapia*, *17*(1), 54-68.

Westen D., & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders, 14*(2), 109-126.

Westen D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(4), 810-822.

Westen, D. (2000). *Case formulation and personality diagnosis: two processes or one.* In J. W. Barron (Ed.), *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing evaluation and treatment for psychological disorders*. American Psychological Association.

Westen, D., & Gabbard, G. (1999). *Psychoanalytic approaches to personality*. In L. Pervin, & O. John (Eds.), Handbook of personality: Theory and research. London: The Guilford Press.

Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001) Personality profiles and eating disorders: Rethinking the distinction between of Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry, 158*(4), 547-562.

Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2006). Clinical assessment of pathological personality traits. *American Journal of Psychiatry, 163,* 1285-1287.

Westen, D., & Shelder, J. (1999a). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry, 156*(2), 258-272.

Westen, D., & Shelder, J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 156*(2), 273-285.

Westen, D., Defife, J., Bradley, R., & Hilsenroth, M. (2010). Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Profissional Psychology: Research and Practice, 41*(6), 482-487.

Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006). *Back to the future: personality structure as a context for psychopathology*. In R. Krueger, & Tackett (Eds.), *Personality and Psychopathology* (pp. 335-384). New York: The Guilford Press.

Westen, D., Novotny, C., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130*(4), 631-663.

Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry, 163,* 846-856.

Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R., & Defife, J. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry, 169*(3), 273-284.

Winnicott, D. (1982). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Wolf, E. (1988). *Treating the self: elements of clinical self psychology.* London: The Guilford Press.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.* Porto Alegre: Artmed.

LEITURAS RECOMENDADAS

Clarkin, J., Yeomans, F., & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: John Wiley and Sons.

Erikson, E. (1998). *O ciclo de vida completo.* Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1974). *A Divisão do ego no processo de defesa.* (Vol. 23). (Obras psicológicas completas, E. S.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1938).

Freud, S. (1974). *Ansiedade e vida instintual. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise.* (Vol. 24). (Obras psicológicas completas, E. S.). Conferência XXXII. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1933).

Lax, R. (1989). *Essential papers on character neurosis and treatment*. New York: International University Press.

Leichensiring, F. (2010). *Evidence for psychodynamic psychotherapy in personality disorders: A review*. In J. Clarkin, P. Fonagy, & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook.* (pp. 421-438). New York: American Psychiatric Press.

Wellausen, R. (2014). *Adaptação e validação do Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) para o Brasil: Avaliação dos transtornos de personalidade*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

A título de simplificação, os termos “psicanálise”, “terapias dinamicamente orientadas” e “psicoterapias psicodinâmicas” serão usados como sinônimos, ainda que, em alguns aspectos, o primeiro difira dos dois últimos.

Conforme assinalam Westen e Gabbard (1999), muitos dos desenvolvimentos teóricos e técnicos nas terapias cognitivo-comportamentais, desde os anos 1960, indicam uma aproximação, ainda que indireta, aos modelos psicodinâmicos. Um exemplo é a Terapia dos Esquemas, que utiliza a Teoria do Apego, do psicanalista John Bowlby, para fundamentar 18 esquemas desadaptativos (Young, Klosko, & Weishaar, 2008).

Ainda que existam tais motivações inconscientes (determinismo psíquico), não se deveria colocar sobre elas a responsabilidade exclusiva pelas decisões pessoais. A maturidade implica que cada adulto deva responder civil ou criminalmente por seus atos, independentemente de as motivações serem conscientes ou inconscientes. Aqueles que se encontram impossibilitados de se autodeterminar costumam, diante do descumprimento da norma legal, ser tratados em locais apropriados, como manicômios judiciários ou prisões.

Em seu primeiro modelo explicativo da mente (topográfico), Freud pretendia alcançar a cura de seus pacientes tornando consciente o seu inconsciente (Freud, 1920/1974).

Psicólogos e psiquiatras interessados no uso do instrumento podem acessar a versão brasileira no *site* http://swapassessment.org/.

Essa foi uma das razões pelas quais seu método de tratamento evoluiu da ab-reação, catarse, hipnose, para finalmente chegar à livre associação.

Talvez em razão de modismos, lamentavelmente muito poucas publicações dessa fundamental escola psicanalítica foram traduzidas ao português. Uma importante exceção é a obra *Psicologia do ego: teoria e prática* (Blanck & Blanck, 1983), editada pela Artmed na década de 1980 e com várias reedições.

Diversos estudos clínicos e empíricos realizados com pacientes com patologias graves de personalidade, como é o caso dos *borderline*, têm mostrado de forma convincente que suas experiências reais traumáticas e abusivas tiveram um impacto decisivo na etiologia de sua doença (Kroll, 1988; Paris, 2008; Stone, 1990).

Entre essas razões “aparentemente inexplicáveis”, o temperamento inato pode contribuir para esses sentimentos. Bebês muito vorazes ou muito ativos poderão construir uma imagem da interação com a mãe na qual nunca se sentiram suficientemente atendidos em suas necessidades.
Há uma incerteza sobre quem foi o pioneiro nas TRO entre os anos de 1910 e 1920. Uns atribuem tal pioneirismo a Karl Abraham enquanto outros acreditam ter sido Sandor Ferenczi o “fundador” dessa escola psicanalítica.
Estágio final do processo de separação-individuação propriamente dito, denominado etapa de constância objetal (Mahler, 1982) e que tem o autismo normal e a simbiose normal como seus precursores.
Acrescentaríamos aqui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em razão de sabermos que esses locais costumam receber uma quantidade significativa de pacientes graves. Entretanto, a política pública em saúde mental vigente atualmente no País tende a ser aberta ou veladamente antipsiquiátrica e, portanto, muitas vezes avessa aos diagnósticos de personalidade e às respectivas abordagens psicoterapêuticas. Um dos principais efeitos dessa política é o de que os locais que deveriam acolher esses pacientes raramente estão preparados para tal empreendimento.
Esta parece ser uma das razões pelas quais, por exemplo, o tratamento de dependentes químicos (p. ex., de cocaína ou heroína) apresenta uma eficácia bastante limitada. Ela também explica, ao menos parcialmente, por que alguns pacientes param de usar álcool e outras drogas sem qualquer ajuda terapêutica ou medicamentosa, ao passo que outros nem com as melhores ofertas de tratamento disponíveis ficam abstinentes.
Os nomes, as datas e outras informações foram alterados e distorcidos a fim de preservar a identidade dos pacientes.
Formular uma hipótese diagnóstica não significa ter de informar ao paciente um código ou um número no DSM. É preciso que o diagnóstico faça sentido para o paciente servindo para melhorar sua adaptação à realidade e não como um álibi para justificar seu desajustamento, mau comportamento e eventuais prejuízos a si ou aos demais. Para mais esclarecimentos sobre a comunicação do diagnóstico, ver Wellausen e Trentini (2015).

13.2

AVALIAÇÃO DA PATOLOGIA DA PERSONALIDADE POR MEIO DO INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira
Denise Ruschel Bandeira

No dia a dia, as pessoas usam adjetivos para descrever características emocionais, cognitivas, motivacionais e comportamentais dos outros. Esse conjunto de características pessoais, que fazem do indivíduo um ser único, é convencionalmente chamado personalidade. Contudo, a conceituação científica de personalidade não é uma tarefa fácil nas ciências humanas e sociais. Há tempos, estudiosos têm discutido as questões referentes à definição desse construto (ver, por exemplo, McCreary, 1960). Segundo Kline (1993), existem mais definições de personalidade do que teorias para explicá-la. Contudo, apesar do grande número de definições existentes, elas parecem concordar que a personalidade é um padrão, relativamente estável ao longo do tempo, do modo como a pessoa pensa, interpreta e interage com o mundo, com os outros e consigo mesma. Também faz parte desse construto a forma como ela vivencia suas emoções, experimenta seus desejos e motivações e expressa seus comportamentos. Trata-se de um sistema integrado e dinâmico, em que os diferentes elementos se retroalimentam e se interinfluenciam.

A psicologia da personalidade é a área da psicologia que se dedica à investigação desse sistema, buscando verificar a coerência do funcionamento individual assim como as diferenças individuais (Caprara & Cervone, 2000). Ela procura entender as bases biológicas, ambientais, interpessoais e intrapessoais da personalidade, tentando desvendar seus sistemas de intercomunicação. Contudo, assim como a psicologia é uma área de conhecimento pluralista, isto é, com diversas correntes filosóficas e práticas, o campo da psicologia da personalidade também o é. Dessa forma, cada abordagem teórica tende a enfatizar um aspecto da personalidade, quais sejam, biológico, social, histórico, inconsciente, etc.

De forma geral, o funcionamento da personalidade pode ser classificado em dois grandes grupos, a saber: o funcionamento adaptativo e o funcionamento patológico. Entre as variáveis que diferenciam esses níveis de funcionamento, salientam-se aqui o contínuo flexibilidade – rigidez (Kernberg, 1995) e adaptabilidade – mal-adaptabilidade (Livesley & Jang, 2005). Dessa forma, dentro de uma variabilidade normal, a personalidade apresenta um funcionamento psicológico flexível e adaptativo ao ambiente, enquanto a personalidade patológica tem um padrão rígido de funcionamento psicológico e desadaptado às demandas do ambiente. Contudo, apesar dessa distinção, pesquisas têm evidenciado que as personalidades normal e patológica compartilham a mesma estrutura e fazem parte de um mesmo contínuo (Eysenck, 1994; Markon, Krueger, & Watson, 2005; O'Connor, 2002; Widiger & Costa, 1994).

PATOLOGIAS DA PERSONALIDADE

Uma pessoa que tem características rígidas de personalidade, que são manifestadas em diferentes contextos (p. ex., familiar, laboral e social) e que limitam a sua capacidade adaptativa, tem provavelmente uma personalidade patológica. Muitas vezes, os comportamentos inadequados não são percebidos como inapropriados pela própria pessoa (é o que chamamos de sintomas egossintônicos). Contudo, a rigidez de seu funcionamento tende a gerar sofrimento para as pessoas que estão ao entorno, assim como para a própria pessoa. Configura-se aqui um transtorno da personalidade (TP). De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 645), um TP é “um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo”.

Atualmente, há uma desvalorização do diagnóstico da personalidade (Vaisberg & Machado, 2000) no contexto da saúde pública no Brasil. Os interesses da psiquiatria e da psicologia centram-se geralmente nas psicopatologias egodistônicas, principalmente aquelas listadas no Eixo I da quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) (APA, 2000). Nesse cenário, os TP ficam subdiagnosticados, mas, obviamente, não inexistentes. A ausência do diagnóstico da personalidade limita o atendimento clínico do paciente, uma vez que fica ignorada uma dimensão crucial da vida humana que interfere no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas.

O sistema diagnóstico oficial dos TP no Brasil é o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) via o manual de *Classificação estatística internacional de doenças* (Organização Mundial da Saúde, 1994), o qual está alinhado com a quarta edição do DSM. O DSM-IV-TR (APA, 2000) bem como o texto oficial do DSM-5 (APA, 2013) definem 10 tipos de TP como entidades psicopatológicas independentes. O diagnóstico de um transtorno específico de personalidade é dado com base na presença de um agrupamento de sintomas ou traços patológicos da personalidade. Uma vez alcançado o número de critérios previamente estabelecidos, o indivíduo pode receber o diagnóstico de um TP. Contudo, esse modelo de classificação, conhecido como modelo categórico, vem recebendo inúmeras críticas da comunidade científica e clínica, como, por exemplo, devido à grande comorbidade de diagnósticos de TP, à heterogeneidade de sintomas em uma mesma classificação e à elevada frequência do diagnóstico de transtorno da personalidade sem outra especificação (Clark, 2005, 2007; First et al., 2002; Gomes de Matos, Gomes de Matos, & Gomes de Matos, 2005; Klonsky, 2000; Ryder, Bagby, & Schuller, 2002; Trull & Durrett, 2005; Widiger, 2007; Widiger & Trull, 2007).

Uma proposta alternativa ao modelo categórico tem sido a abordagem dimensional, a qual entende que os TP são expressos pelas variações extremas dos traços normais de personalidade (Livesley & Jang, 2005; Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015). De acordo com esse modelo, o nível de manifestação do traço da personalidade seria a fonte de informação para a identificação da patologia da personalidade. O principal expoente desse modelo tem sido, atualmente, o modelo alternativo dimensional, proposto na Seção III: Modelos e Medidas Emergentes, da quinta edição do DSM (APA, 2013). Esse modelo apresenta um conjunto de 25

traços patológicos da personalidade, os quais são organizados em cinco fatores gerais, que sinalizam os aspectos mal-adaptativos da personalidade.

Por fim, outra proposta para o diagnóstico do mau funcionamento da personalidade tem sido a integração dos modelos categorial e dimensional (Helzer, Kramer, & Krueger, 2006; Kernberg, 1979, 1995; Widiger & Trull, 2007). Nessa linha, Kernberg (1995) propõe o diagnóstico estrutural da personalidade, de acordo com os fundamentos teóricos psicanalíticos, agrupando tanto aspectos dimensionais quanto categóricos. Dessa forma, o arranjo dos níveis dimensionais das funções psicológicas possibilita que o clínico identifique a categoria que melhor representa a organização da personalidade dos pacientes. É nesse modelo que nos deteremos neste capítulo.

DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL DA PERSONALIDADE: O MODELO DE KERNBERG

O diagnóstico estrutural se diferencia do registro descritivo da personalidade, visto que não se limita à descrição sintomatológica do paciente. Pelo contrário, a tarefa do diagnóstico estrutural é identificar o plano latente da estrutura da personalidade, isto é, a organização estrutural que modela o modo de ser do indivíduo (Kernberg, 1995; Vaisberg & Machado, 2000). Para Bergeret (1998), a investigação da sintomatologia não possibilita a identificação da organização estrutural profunda da personalidade, pois os sintomas podem sugerir outras estruturas em momentos de desorganização.

A estrutura da personalidade pode ser entendida como um produto de uma história, isto é, o resultado de uma relação entre fatores hereditários e constitucionais e experiências infantis (Vaisberg & Machado, 2000). Desse ponto de vista, a estrutura da personalidade é essencialmente mutável, visto que se trata de uma variável construída ao longo da vida. Porém, mudanças na estrutura da personalidade não são tarefas fáceis de serem realizadas, dado que as estruturas tendem a se cristalizar ao longo do tempo.

Para Vaisberg e Machado (2000), o diagnóstico estrutural se dá pelo exame de critérios metapsicológicos que se configuraram ao longo do desenvolvimento e da história do indivíduo, a saber: a angústia organizadora, as modalidades de relação objetal predominantes, as técnicas defensivas mais intensas e frequentemente utilizadas e o grau de desenvolvimento egoico e pulsional. Para as autoras, esse exame só é possível na relação transferencial e demanda profundos conhecimentos teóricos e práticos do examinador para sua execução. As autoras acreditam ainda que a utilização de técnicas projetivas pode favorecer o entendimento estrutural do paciente e facilitar a prática de profissionais iniciantes.

Outra forma de entender o diagnóstico estrutural foi proposta por Kernberg (1995), o qual defende um modelo diagnóstico diferenciado e parcimonioso. Ele se baseia na teoria da organização da personalidade (Kernberg, 1995), a qual postula que os tipos estruturais da personalidade são organizados em um contínuo de severidade, variando de um nível de funcionamento superior a inferior, a saber: organização da personalidade normal (OPNo), neurótica (OPNe), *borderline* (OPB) e psicótica (OPP). Os elementos observáveis das estruturas subjacentes de personalidade são os aspectos descritivos e compreendem: a) a natureza e o nível de organização dos traços de personalidade; b) o grau de flexibilidade ou de rigidez com que os traços de personalidade são ativados por meio de situações diferentes da vida; c) o quanto que os traços de personalidade são adaptativos ou funcionam como agentes de desconforto; d) a natureza dos valores éticos e dos ideais do indivíduo; e) e a maneira habitual de a pessoa se adaptar ou não aos estressores psicossociais (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007).

O modo operacionalizado (ver Quadro 13.2.1) para a avaliação dessas estruturas é feito por meio do diagnóstico de três funções do ego, que são a formação da identidade, os níveis de mecanismos defensivos predominantes e a capacidade de testar a realidade (Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005). A identidade é avaliada em um contínuo integração-difusão, em que a identidade integrada é caracterizada pela autocoerência, autoestima adequada, empatia e tato social, sistema de valores morais maduro e integrado e manejo satisfatório da sexualidade, dependência e motivações agressivas. A síndrome de difusão da identidade, por sua vez, refere-se a um sentimento de vazio crônico, percepções e atitudes contraditórias e representações de si

próprio e de outros mal integradas e mantidas separadas (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005).

QUADRO 13.2.1
Sumário estrutural dos níveis de organização da personalidade

Funções egoicas	Níveis de organização da personalidade			
	Normal	**Neurótica**	***Borderline***	**Psicótica**
Formação da identidade	Integrada	Integrada	Difusa	Difusa
Níveis dos mecanismos de defesa	Predomínio de defesas maduras	Predomínio de defesas baseadas na repressão	Predomínio de defesas baseadas na cisão	Predomínio de defesas baseadas na cisão
Teste de realidade	Intacto e estável	Intacto e estável	Presente, mas com prejuízos	Ausente

Fonte: Caligor e colaboradores (2007), Kernberg (1995), Oldham e colaboradores (1985).

O nível de operação defensiva predominante é avaliado no contínuo superior-primitiva. As defesas superiores são centradas no processo de recalcamento, como, por exemplo, a formação reativa, o isolamento, a anulação, a intelectualização e a racionalização. Por outro lado, as defesas primitivas são centradas no processo de cisão, como as idealizações primitivas, a identificação projetiva, a denegação, o controle onipotente e a desvalorização. As defesas superiores são recursos psicológicos de enfrentamento a estressores internos e externos mais adaptativos do que os primitivos, uma vez que esses últimos produzem distorções significativas da realidade (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005).

Por fim, a capacidade de testar a realidade é examinada no contínuo intacta-ausente. Quando preservada a capacidade de testar a realidade, as pessoas são capazes de diferenciar o "eu" do "não eu", de avaliar adequadamente os estímulos externos, assim como os conteúdos e as formas de expressão dos próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. Quando essa habilidade está prejudicada, há uma perda na capacidade de diferenciar o "eu" do "não eu" e uma incapacidade para distinguir conteúdos internos de externos, podendo ser observados quadros de delírio e alucinação (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005).

MODELOS DE MENSURAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE

Para auxiliar no processo diagnóstico dessas estruturas, foram elaborados diversos tipos de instrumentos. Em um primeiro momento, foi criada uma entrevista chamada de Entrevista de Avaliação Estrutural (SAI, do inglês Structural Assessment Interview) (Kernberg, 1995). Essa é uma entrevista clínica, com duração de mais de 2 horas, e que se vale das técnicas de clarificação, confrontação e interpretação.

Em um segundo momento, foi desenvolvido um inventário, chamado Inventário de Organização da Personalidade (IPO, do inglês Inventory of Personality Organization) (Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001; Ellison & Levy, 2012; Kernberg & Clarkin, 1995; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001; Oldham et al., 1985). Esse é o foco do presente capítulo e, portanto, será abordado com mais detalhes posteriormente.

Mais recentemente, foi criada uma entrevista estruturada, chamada de Entrevista Estruturada da Organização da Personalidade (STIPO, do inglês Structured Interview of Personality Organization) (Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg, 2007, 2016; Stern et al., 2010). Trata-se de um roteiro de perguntas, cujas respostas dos pacientes são avaliadas pelo clínico e recebem uma pontuação, gerando no final um perfil dimensional.

Por fim, há também um instrumento que é pontuado pelo clínico chamado de Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF, do inglês Personality Organization Diagnostic Form) (Diguer & Normandin, 1996; Gamache et al., 2009; Hébert et al., 2003). Esse instrumento contém 21 itens que devem ser pontuados com base nos dados/conhecimentos que o clínico tem dos pacientes.

Para obter mais detalhes sobre esses métodos de avaliação, recomenda-se a leitura de Oliveira e Bandeira (2013). Para fins deste capítulo, como dito anteriormente, será dada ênfase ao Inventário de Organização da Personalidade (IPO).

O INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE

Com a finalidade de auxiliar os clínicos na avaliação das funções psicológicas centrais do modelo de Kernberg (o nível de integração da identidade, o estilo defensivo e a capacidade de testar a realidade), foi elaborado o IPO (Clarkin et al., 2001; Lenzenweger et al., 2001; Oldham et al., 1985). O IPO foi criado no ano de 1985 (Oldham et al., 1985), quando foram desenvolvidos e testados 130 itens que representavam as dimensões Difusão da Identidade (DI), Defesas Primitivas (DP) e Teste de Realidade (TR). A primeira versão do IPO, a partir dos resultados desse estudo, ficou composta por 30 itens, sendo selecionados os 10 itens de cada dimensão que apresentaram melhores coeficientes de correlação item-total. Essa primeira versão mostrou-se capaz de discriminar grupos clínicos (Oldham et al., 1985).

Uma segunda versão foi desenvolvida em 1995 (Kernberg & Clarkin, 1995), com o acréscimo de itens para cada uma das subescalas mais a elaboração de outras subescalas para avaliar características patológicas da personalidade, como agressão, valores morais e estilos de personalidade patológica (155 itens no total). Essa versão também apresentou adequados parâmetros psicométricos para as escalas clínicas primárias (DI, DP e TR), mas as outras subescalas apresentaram fragilidades psicométricas (Normandin et al., 2002; Quiroga, Solano, & Fontao, 2003).

Uma última reformulação foi feita em 2001 (Clarkin et al., 2001; Lenzenweger et al., 2001), em que foram mantidas as escalas clínicas primárias (DI, DP e TR) e acrescentadas as escalas adicionais, com as dimensões Agressão (Ag) e Valores Morais (VM), com um total de 83 itens. Essa versão tem apresentado adequada qualidade psicométrica e tem sido adaptada para diferentes culturas e línguas (Berghuis, Kamphuis, Boedijn, & Verheul, 2009; Ellison, 2009; Ellison & Levy, 2012; Igaraschi et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Oliveira & Bandeira, 2011; Preti et al., 2015; Smits, Vermote, Claes, & Vertommen, 2009).

Historicamente, os itens do IPO foram construídos para cobrir os aspectos centrais da teoria de Kernberg. Destacam-se a seguir os construtos que serviram de base para a sua elaboração:

- Defesas Primitivas (DP): no modelo de Kernberg (1995), os tipos de mecanismos defensivos utilizados pelos sujeitos podem ser de ordem superior (mecanismos centrados no processo de recalcamento) ou primitivos (cujos processos são de cisão). O sistema defensivo de ordem superior protege o ego de conflitos psíquicos sem grandes prejuízos ao funcionamento psicossocial do sujeito. Os mecanismos dessa ordem são: formação reativa, isolamento, anulação, intelectualização e racionalização. Por outro lado, os mecanismos arcaicos protegem o ego de conflitos psíquicos, porém gerando prejuízos nas funções egoicas, -reduzindo a capacidade adaptativa do indivíduo. Os mecanismos defensivos primitivos são: idealização primitiva, identificação primitiva, negação, onipotência e desvalorização. A subescala DP permite, portanto, identificar o grau de uso de defesas mais arcaicas, as quais tendem a restringir um funcionamento psíquico adequado (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995, 2005; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1991; Quiroga et al., 2003; Quiroga, González, Varela, & Domínguez, 2004; Ruiz & Sánchez, 2008).
- Difusão da Identidade (DI): esse construto corresponde à organização global das identificações e introjeções efetivadas sob a função sintética do eu. Por meio da avaliação da

identidade do *self*, é possível identificar tanto a forma de organização quanto o conteúdo do mundo interior do sujeito. Segundo Kernberg (1995, p. 13), a síndrome da difusão da identidade é observada na “experiência subjetiva de vazio crônico, autopercepções contraditórias, comportamento contraditório que não pode ser integrado de um modo emocionalmente significativo, bem como percepções empobrecidas dos outros, superficiais e insípidas”. A experiência interior integrada e estável de eu e de outros significativos é característica de uma identidade sadia, de um eu coeso e se reflete na capacidade do sujeito em investir no trabalho e na estabilidade de relacionamentos íntimos. Por outro lado, o sujeito com uma DI apresenta experiências de eu e outros significativos de forma polarizada, contraditória e superficial. Nessa dimensão, avalia-se, portanto, o grau de DI (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, & Clarkin, 2007; Kernberg et al., 1991; Quiroga et al., 2003; Quiroga et al., 2004; Ruiz & Sánchez, 2008).

- Teste de Realidade (TR): na teoria de Kernberg (1995), esse construto corresponde à capacidade do indivíduo em diferenciar o “eu” do “não eu”, os estímulos internos dos externos, bem como a capacidade de discriminar os afetos, as condutas e o conteúdo dos próprios pensamentos de acordo com as normas sociais convencionalmente estabelecidas. Essa dimensão permite, assim, identificar o grau de prejuízo na capacidade de testar a realidade (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, & Clarkin, 2007; Kernberg et al., 1991; Quiroga et al., 2003; Quiroga et al., 2004; Ruiz & Sánchez, 2008).
- Agressão (Ag): no modelo de Kernberg (1995), a agressão é uma dimensão alterada em pacientes com OPB. Sujeitos com altos níveis de agressividade podem apresentar condutas reais ou fantasmáticas de destruir, humilhar e/ou danar o outro, seja fisicamente ou de forma simbólica, por meio de insultos e ironia. Nessa dimensão, avaliam-se as vivências e as expressões agressivas patológicas do examinando, sejam heterodirigidas ou autodirigidas (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg et al., 1991; Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, & Clarkin, 2007; Quiroga et al., 2003; Quiroga et al., 2004; Ruiz & Sánchez, 2008).
- Valores Morais (VM): essa subescala corresponde ao construto de superego da teoria psicanalítica. Esse construto refere-se ao grau de integração do superego, se há uma internalização de figuras parentais protetoras (superego maduro) ou se há características primitivas, severas e persecutórias (superego arcaico). Nessa subescala, avalia-se em que medida o indivíduo conseguiu internalizar valores morais e estáveis, os quais afetam sua experiência interior e orientam seus comportamentos (Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg & Clarkin, 2007; Kernberg, 1995; Kernberg et al., 1991; Quiroga et al., 2003; Quiroga et al., 2004; Ruiz & Sánchez, 2008).

Vale notar, entretanto, que, embora o IPO tenha sido construído visando à avaliação desses cinco construtos, estudos recentes têm indicado uma estrutura fatorial diferente da teoricamente postulada. Essa nova configuração estrutural será apresentada a seguir. Por hora, vale ressaltar que o IPO tem sido adaptado para diferentes culturas e países, como Canadá (Normandin, et al., 2002), Holanda (Berghuis et al., 2009), Japão (Igaraschi, et al., 2009), Bélgica (Smits et al., 2009), Argentina (Quiroga et al., 2003), Colômbia (Ruiz & Sánchez, 2008), Itália (Preti et al., 2015) e Brasil (Oliveira & Bandeira, 2011). São também encontrados estudos que utilizaram o IPO como instrumento clínico ou de pesquisa em outras culturas, como a mexicana (Lartigue,

Casanova, Ortiz, & Aranda, 2004), a chilena (Ben-dov et al., 2002) e a alemã (Kraus, Dammann, Rothgordt, & Berner, 2004).

ESTUDOS PSICOMÉTRICOS E UTILIDADES DO IPO

Estudos têm reportado adequadas qualidades psicométricas do IPO (Berghuis et al., 2009; Ellison & Levy, 2011; Igaraschi et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Normandin et al., 2002; Preti et al., 2015; Quiroga et al., 2003; Smits et al., 2009). Todavia, referente à estrutura fatorial, a literatura tem apresentado resultados divergentes. Foram encontrados resultados discrepantes tanto entre os estudos que utilizaram análises fatoriais exploratórias (AFE) quanto entre os que utilizaram técnicas de análises fatoriais confirmatórias (AFC).

Entre os estudos de métodos exploratórios (AFE), os conduzidos na língua espanhola da América do Sul (Quiroga et al., 2003; Quiroga et al., 2004) foram os que apresentaram soluções fatoriais mais confusas. Alguns aspectos técnico-metodológicos desses estudos são frágeis e questionáveis, como o tamanho amostral (com baixa razão participante por itens) e os procedimentos analíticos empregados (AFE separado para a subescala DP sem motivo consistente). A investigação fatorial do IPO na língua holandesa (Berghuis et al., 2009) resultou em uma solução de quatro fatores, os quais foram chamados de "Patologia Geral da Personalidade" (com itens de todas as subescalas do IPO, mas principalmente das subescalas DI, DP e VM), "Vulnerabilidade Psicótica" (com itens advindos principalmente da subescala TR), "Agressão" (com vários itens da subescala Ag) e "Sadismo" (com itens da subescala Ag com conteúdo sádico). Um estudo conduzido na língua japonesa (Igaraschi et al., 2009) explorou os fatores para as escalas clínicas primárias e para as escalas adicionais. Por meio de critérios rigorosos, as subescalas foram reduzidas, e as soluções fatoriais encontradas foram de três fatores para as escalas clínicas primárias e de dois fatores para as escalas adicionais (com os itens carregando em suas respectivas dimensões teoricamente determinadas). Com exceção do estudo de Igaraschi e colaboradores (2009), os demais estudos exploratórios apresentaram resultados discrepantes ao modelo teoricamente determinado.

Estudos utilizando AFC visando à investigação da validade fatorial das escalas clínicas primárias têm confirmado modelos de dois, três e quatro fatores (Ellison, 2009; Ellison & Levy, 2011; Igaraschi et al., 2009; Lenzenweger et al, 2001; Normandin et al., 2002; Smits et al., 2009). No modelo bifatorial, os estudos têm reportado que um dos fatores carrega os itens das subescalas DI e DP juntos e o outro é composto pelos itens da subescala TR (Lenzenweger et al., 2001; Normandin et al., 2002; Smits et al., 2009). No modelo de três fatores, cada um corresponde aos construtos teoricamente estipulados (DI, DP e TR) (Ellison, 2009; Igaraschi et al., 2009). Por fim, o modelo de quatro fatores (Ellison & Levy, 2011; Preti et al., 2015), valendo-se tanto de um método exploratório/confirmatório (ESEM, do inglês Exploratory Structural Equation Modeling) (Ellison & Levy, 2011) quanto de um método confirmatório (Preti et al., 2015), apresentou dimensões com itens misturados das três subescalas teoricamente estabelecidas. Os quatro fatores foram designados como: Instabilidade do *self* e outros (*Instability of Self and Others*), Instabilidade de comportamento (*Instability of Behavior*), Instabilidade nos objetivos (*Instability of Goals*) e Psicose (*Psychosis*). Embora esses fatores não tenham confirmado a estrutura inicial proposta pelo modelo do IPO (Lenzenweger et al., 2001), eles indicam importantes aspectos da organização da personalidade, como definida por Kernberg (1995).

Conforme apontado por Ellison e Levy (2011), os fatores Instabilidade do *self* e outros e Instabilidade nos objetivos podem ser entendidos como facetas do construto DI. O fator

Instabilidade de comportamento não foi pensado inicialmente no modelo do IPO e ficou constituído por itens das três escalas (DI, DP e TR). Ele parece ser útil para identificar os comportamentos impulsivos, instáveis e inconsistentes típicos da OPB. Por fim, os itens que compuseram o fator Psicose vieram da escala de TR, sendo que somente carregaram itens cujos conteúdos indicavam sintomas de alucinação e delírio. Itens que indicam problemas na capacidade de compreender a realidade acabaram carregando no fator instabilidade do *self* e outros. De qualquer forma, esse fator ainda se mostra capaz de discriminar a OPB da OPP.

Estudos que investigaram a validade convergente do IPO reportaram que as escalas clínicas primárias estão correlacionadas positivamente com a experiência de afetos negativos (Ellison, 2009; Lenzenweger et al., 2001), assim como com a vivência de sintomas depressivos (Igarashi et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Quiroga et al., 2003) e de sentimentos ansiosos (Igarashi et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Quiroga et al., 2003). Medidas de labilidade afetiva e de intensidade na vivência dos afetos também se mostraram positivamente relacionadas com as escalas clínicas primárias (Ellison, 2009).

Observou-se também uma relação dessas escalas com sentimentos de irritabilidade (Lenzenweger et al., 2001) e com comportamentos autonegligentes e autoprejudiciais (Ellison, 2009). Também foi encontrada relação com medidas de personalidade narcisista e *borderline* (Igarashi et al., 2009) e com sintomas psicopatológicos dos Eixos I e II da quarta edição do DSM (Berghuis et al., 2009). Ainda foram observadas relações positivas dessas escalas com medidas de eventos traumáticos infantis, como abuso sexual, negligência e maus-tratos, e com estilos parentais mal-adaptativos, como superproteção materna e paterna (Igarashi et al., 2009).

Indicadores de saúde mental mostraram correlação negativa com as escalas clínicas primárias. O bem-estar psicológico, a capacidade de apego adulto, o sentimento de autoeficácia e a percepção de estilos parentais adaptativos, como proteção materna e paterna, mostraram-se negativamente relacionados com as escalas clínicas primárias (Igarashi et al., 2009). Em relação ao modelo dos cinco grandes fatores, essas escalas apresentaram relação positiva com o fator neuroticismo e negativa com realização e socialização. O fator abertura à experiência não apresentou relação com nenhuma subescala, e o fator extroversão apresentou relação negativa somente com DI (Berghuis et al., 2009). Esses achados reforçam o caráter psicopatológico das escalas clínicas primárias, assim como validam o modelo bidimensional ortogonal da Teoria da Organização da Personalidade, de Kernberg (nível de organização da personalidade e disposição temperamental introversão-extroversão).

Estudos com grupos clínicos têm mostrado a capacidade do IPO em discriminar pacientes com transtornos da personalidade. Smits e colaboradores (2009) encontraram que participantes sadios tiveram escores mais baixos nas escalas do IPO, enquanto pacientes do Eixo I tiveram escores médios e pacientes do Eixo II apresentaram escores mais altos. No estudo de Krause e colaboradores (2004), encontrou-se que o IPO foi capaz de discriminar um grupo de abusadores sexuais de um grupo de participantes controle.

Referente à fidedignidade do IPO, estudos têm apresentado índices adequados de consistência interna para as escalas clínicas primárias, em que o α variou de 0,64 a 0,93 (Berghuis et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Normandin et al., 2002; Quiroga et al., 2004; Quiroga et al., 2003; Smits et al., 2009). Referente à estabilidade temporal, os estudos também reportaram coeficientes de correlação teste-reteste adequados, com o r variando de 0,61 a 0,86, em intervalos de 21 a 37 dias, entre as aplicações (Berghuis et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Normandin et al., 2002).

Além dos estudos psicométricos, o IPO também tem sido amplamente utilizado como instrumento para o diagnóstico de pacientes psiquiátricos e a avaliação de características de personalidade de pacientes psiquiátricos (Critchfield, Clarkin, Levy, & Kernberg, 2008; Critchfield, Levy, & Clarkin, 2004; Critchfield, Levy, Clarkin, & Kernberg, 2008; Eurelings-Bontekoe, Luyten, Remijsen, & Koelen, 2010; Hoermann, Clarkin, Hull & Levy, 2005; Kraus et al., 2004; Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg, & Levy, 2008; Spitzer et al., 2006; Walter et al., 2009). O IPO também tem sido usado em investigações de eficácias psicoterápicas, assim como para o exame de características de pacientes que aderem e abandonam o tratamento (Beutel, Höflich, Kurth, & Reimer, 2005; Caligor et al., 2009; Hamilton, Wininger, & Roose, 2009; Mullen, Blanco, Vaughan, Vaughan, & Roose, 1999; Quiroga, Cryan, & Fontao, 2002; Schaefer et al., 2008; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007; Vermote et al., 2009, 2010). Outros usos do IPO em pesquisas foram a sua aplicação na população geral para investigar o papel dos prejuízos do TR na formação de crenças paranormais (Irwin, 2004) e o seu uso como instrumento modelo no processo de validação de outros instrumentos (Pincus et al., 2009).

ESTUDOS BRASILEIROS COM O IPO

O IPO foi traduzido para o português brasileiro e adaptado para a cultura brasileira por Oliveira e Bandeira (2011). Estudos investigando as propriedades psicométricas do IPO em amostras brasileiras têm confirmado sua aplicabilidade no contexto nacional. O estudo seminal do IPO no Brasil (Oliveira, 2012) investigou as propriedades psicométricas em uma amostra de 1.264 adultos residentes nos estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul. A estrutura fatorial foi investigada via AFC, testando-se modelos de um, dois e três fatores. Os resultados mostraram que o modelo bifatorial apresentou melhor ajuste dos dados, sendo o primeiro fator chamado funcionamento *borderline* (com os itens das escalas de DI e DP), e o segundo fator, TR.

Ainda nesse estudo foi verificada a validade convergente dos construtos do IPO com medidas de funcionamento psicológico saudável e patológico. As escalas do IPO apresentaram correlações positivas com afetos negativos, sintomas ansiosos e depressivos, defesas neuróticas e imaturas, com características *borderline* e com vivência e expressão de raiva. No que se refere às medidas de saúde, foram observadas relações negativas entre as escalas do IPO e afetos positivos, autoconceito, assertividade e controle de raiva. No estudo de Oliveira (2012), também foi verificada a capacidade dos escores do IPO de diferenciarem participantes com problemas psicológicos daqueles sem tais problemas (*d* de Cohen variou de 0,22 a 0,60). Outros grupos de comparação foram estabelecidos, a saber: com e sem problemas com álcool (*d* variou de 0,50 a 0,75); com e sem sintomas *borderline* (*d* variou de 1,10 a 1,53); com predominância de afetos negativos e com predominância de afetos positivos (*d* variou de 0,55 a 1,11).

Oliveira (2012) também investigou a fidedignidade das escalas do IPO nas amostras brasileiras. Os dados mostraram que as escalas apresentaram adequados coeficientes de consistência interna, com alfas de Cronbach variando de 0,73 a 0,95. O método das metades também apresentou coeficientes adequados, com coeficientes de Guttman variando de 0,73 a 0,95. O exame da estabilidade temporal das escalas do IPO, por meio do método de teste-reteste, com intervalo de 3 a 4 semanas, indicou que as escalas apresentam estabilidade temporal com coeficientes de correlação intraclasse variando de 0,62 a 0,76.

Outro estudo, também investigando as propriedades psicométricas do IPO em amostras brasileiras, foi conduzido na dissertação de mestrado de Silveira (2015). A autora coletou os dados com 124 pacientes que estavam em tratamento psicológico e/ou psiquiátrico e com 56 indivíduos controle. A consistência interna das escalas do IPO nessa amostra variou de 0,72 a 0,96, conforme estimado pelo método do alfa de Cronbach. Silveira (2015) encontrou diferenças estatisticamente significativas nos escores dos fatores do IPO entre os grupos estudados. Seus achados mostraram que o IPO foi capaz de discriminar três grupos de indivíduos organizados segundo o nível de funcionamento da personalidade (saudável, patológico e muito prejudicado). Esse achado corrobora a proposta teórica de Kernberg (1995) de que o funcionamento da personalidade faz parte de um contínuo de severidade. Silveira (2015) também verificou a associação entre os fatores do IPO e os cinco grandes fatores da personalidade, que, apesar de ser um modelo desenvolvido para a avaliação de traços saudáveis da personalidade, também tem se mostrado útil para a caracterização das patologias da personalidade (Costa & Widiger, 2002). Os fatores do IPO se correlacionaram positivamente com os fatores Neuroticismo e negativamente com Socialização e Realização.

Finalmente, na tese de doutorado de Oliveira (2016), outras investigações com o IPO foram realizadas e novas evidências de validade e fidedignidade foram encontradas. O estudo contou com a participação de 1.704 indivíduos, sendo que 46% deles apresentaram indicadores clínicos. Dadas as incertezas apresentadas na literatura quanto à estrutura fatorial do IPO, Oliveira (2016) decidiu utilizar o mesmo método de Ellison e Levy (2012) para explorar a solução fatorial que melhor representasse a matriz de covariância dos dados brasileiros. Os resultados corroboraram a estrutura tetrafatorial encontrada por Ellison e Levy (2012). Além disso, o autor decidiu também explorar a estrutura fatorial das escalas adicionais, e o modelo que apresentou melhor ajuste foi o de três fatores, em que a escala Agressão se subdividiu em Agressividade autodirigida e Agressividade sádica. O terceiro fator ficou constituído com itens da escala de Valores morais. A consistência interna, estimada pelo alfa de Cronbach, variou de 0,70 (Agressividade autodirigida) a 0,94 (Instabilidade do *self* e outros).

O estudo de Oliveira (2016), assim como o de Silveira (2015), demonstrou a capacidade dos escores dos fatores do IPO de diferenciarem indivíduos sadios daqueles com indicadores de psicopatologia (*d* variou de 0,46 a 1,11). O estudo também mostrou a relação do IPO com os tipos patológicos da personalidade de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), estimados pelo Questionário de Personalidade da Entrevista Clínica Estruturada do Eixo II (SCID-II-PQ) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997), e com os traços patológicos da personalidade de acordo com o modelo alternativo do DSM-5 (APA, 2014), estimados pelo Inventário de Personalidade para o DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012). Os resultados mostraram convergência entre os modelos, indicando que o IPO é capaz de captar as características mal-adaptativas da personalidade. Oliveira (2016) também encontrou associações positivas entre os fatores do IPO e as medidas de transtornos mentais e associações negativas com medidas de funcionamento psicológico saudável.

EXEMPLOS CLÍNICOS DO IPO

Para ilustrar a utilidade clínica do IPO, apresentamos o perfil dimensional de cinco indivíduos. Cada caso foi classificado em um nível de organização da personalidade por um clínico, e as respostas ao IPO foram codificadas independentemente. Os casos selecionados apresentam perfis prototípicos de cada nível de organização da personalidade. A Tabela 13.2.1 apresenta uma breve descrição dos dados sociodemográficos e clínicos dos casos.

TABELA 13.2.1
Dados descritivos dos indivíduos

Idade	Sexo	Estado civil	Coleta	Diagnóstico	Organização da personalidade
32	Masculino	Namorando	Universidade	Sem diagnóstico	Normal
28	Feminino	Namorando	Clínica de psicoterapia	Indefinido	Neurótica
22	Masculino	Solteiro	Clínica de psicoterapia	Ansiedade	*Borderline* superior
20	Feminino	Namorando	Clínica de psicoterapia	Indefinido	*Borderline* inferior
31	Feminino	Solteira	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Esquizofrenia	Psicótica

Na proposta teórica de Kernberg (1995), é possível subdividir a OPB em dois níveis: superior e inferior. O nível superior, teoricamente, apresenta um funcionamento psicossocial menos prejudicado do que o inferior, e cada nível compreende um grupo específico de TP. O nível superior compreende as personalidades evitativa, dependente, histriônica e narcisista, e o inferior, as personalidades paranoide, esquizoide, *borderline*, esquizotípica e antissocial (Caligor et al., 2007). Os casos da Tabela 13.2.1 são apresentados em ordem crescente de prejuízo no funcionamento da personalidade – de uma organização normal a psicótica.

Na Figura 13.2.1, são apresentados os perfis dimensionais de cada um dos casos apresentados na Tabela 13.2.1. Note que a ordem de apresentação dos casos na Figura 13.2.1 é a mesma ordem de apresentação dos casos na Tabela 13.2.1, isto é, ordem crescente de prejuízo no funcionamento da personalidade. O primeiro caso, diagnosticado clinicamente como tendo uma organização da personalidade normal (OPNO), apresentou escores baixos em todas as dimensões do IPO-Br. O segundo caso, o qual foi clinicamente diagnosticado com organização da personalidade neurótica (OPNE), apresentou escores clínicos nas dimensões Instabilidade nos Objetivos e Distorção dos Valores Morais. Esse resultado sugere que a jovem de 28 anos apresenta conflitos no estabelecimento de metas significativas de vida e nas crenças de que a moral não pode ser vivenciada de forma genuína.

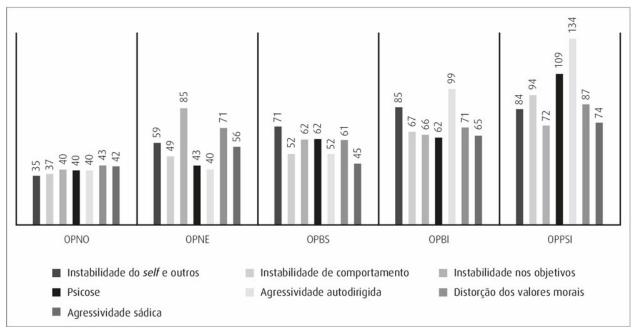



Figura 13.2.1 Perfis dimensionais no IPO.

Nota: OPNO = organização da personalidade normal; OPNE = organização da personalidade neurótica; OPBS = organização da personalidade *borderline* superior; OPBI = organização da personalidade *borderline* inferior; OPPSI = organização da personalidade psicótica. A sequência de colunas do gráfico é equivalente à sequência da legenda disposta na linha (isto é, a primeira coluna refere-se à dimensão Instabilidade do *self* e outros, e a última coluna, ao domínio Agressividade sádica). Os valores são os escores T dos indivíduos (um escore padrão que, em uma distribuição normal, tem média 50 e desvio padrão de 10), corrigidos por sexo de acordo com uma amostra normativa brasileira (Oliveira, 2016). A linha horizontal indica o ponto de corte de um desvio padrão e meio acima da média (1,5 DP equivale a T = 65).

O terceiro caso, diagnosticado clinicamente com organização da personalidade *borderline* superior (OPBS), apresentou nível clínico na dimensão Instabilidade do *self* e outros. Esse domínio é equivalente aos fatores Neuroticismo e Afetividade Negativa (Oliveira, 2016), indicando que o jovem de 22 anos tende a experimentar frequentemente estados psicológicos angustiantes. Esses afetos negativos implicam uma confusão de identidade e em dificuldades de compreender os outros e de percebê-los de forma acurada.

O quarto caso, por sua vez, que foi diagnosticado clinicamente com organização da personalidade *borderline* inferior (OPBI), apresentou traços clínicos em quase todas as dimensões do IPO; a única exceção foi em relação ao traço Psicose. Conforme esperado teoricamente, pessoas com níveis mais severos de funcionamento da personalidade tendem a apresentar padrões mal-adaptativos mais difusos, isto é, em mais dimensões do funcionamento mental. Esse resultado sugere que a jovem de 20 anos tem uma organização frágil da personalidade, com importantes dificuldades na capacidade de autodefinição e de compreensão dos outros. Ela tende a apresentar comportamentos contraditórios, impulsivos e instáveis, dificultando a formação de vínculos profundos com os outros. Ela também parece não ter claros para si os caminhos que pretende seguir em sua vida, sendo que provavelmente experimenta a sensação de que sua vida não tem sentido. Ela pode apresentar comportamentos considerados imorais, por acreditar que a moral somente é praticada quando se tem um controle externo. Pode, inclusive, ter condutas manipuladoras e exploradoras em relação aos outros, para que ela alcance o que deseja. Parece também ser crítica e severa consigo mesma, podendo agredir física e

psicologicamente a si mesma. Essa autoagressão pode servir tanto ao propósito de aliviar estados emocionais negativos quanto para punir a si mesma, muitas vezes, gratuitamente. Note que essa jovem apresenta um funcionamento patológico mais severo e difuso.

Por fim, o quinto caso, diagnosticado clinicamente com organização da personalidade psicótica (OPPSI), apresentou escores clínicos em todas as dimensões. Chama-se a atenção para o elevado escore na dimensão Psicose (T = 109). De acordo com a proposta de Kernberg (1995), a OPPSI se diferencia da OPBI pelo nível de prejuízo no TR. Nota-se que essa mulher de 31 anos, diagnosticada no espectro da esquizofrenia, apresentou escores com quatro desvios padrão da média da amostra. O fator Psicose do IPO é composto por itens que indicam a presença de alucinações visuais e auditivas, de pensamentos excêntricos e de confusão sensoperceptivas. Esses indicadores apontam para quadros psicóticos, embora a elevação dos escores nesse domínio não equivalha ao diagnóstico de esquizofrenia diretamente. É esperado que pacientes com OPBI apresentem prejuízos nessa função psicológica (p. ex., personalidades esquizotípicas, *borderlines* e paranoides). São necessárias mais pesquisas empíricas para verificar pontos de cortes sensíveis e específicos para o quadro psicótico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O IPO tem se mostrado um instrumento útil para a pesquisa e a clínica, tanto em âmbito internacional quanto nacional, para a avaliação do funcionamento patológico da personalidade. O modelo psicodinâmico de Kernberg (1995) oferece uma forma de avaliar e tratar pacientes com patologias graves da personalidade, e o IPO se insere nesse cenário como um instrumento auxiliar nesse processo avaliativo e também interventivo. Os estudos brasileiros indicaram que o IPO tem propriedades psicométricas adequadas para uso na nossa cultura. Novos estudos com amostras brasileiras estão em andamento e, aos poucos, a literatura nacional com o IPO está sendo ampliada. Até o momento, há evidências de que o IPO pode ser usado para estimar válida e precisamente funções patológicas da personalidade na cultura brasileira.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR).* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (APA). (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ben-Dov, P., Martínez, C., Núñez, C., Ortega, P., Oksenberg, T., Morales, A. M., ... & Florenzano, R. (2002). El Inventario de Organización de la Personalidad (IPO): Sus características y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, *20*(1), 41-51.

Bergeret, J. (1998). *A personalidade normal e patológica*. 3a ed. Porto Alegre: ArtMed.

Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Boedijn, G. & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic*, *73*(1), 44-60.

Beutel, M. E., Höflich, A., Kurth, R. A., & Reimer, C. (2005). Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patient's evaluations, outpatient after-care and determinants of outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*(2), 219-234.

Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Caligor, E., Stern, B. L., Hamilton, M., MacCornack, V., Wininger, L., Sneed, J., & Roose, S. P. (2009). Why we recommend analytic treatment for some patients and not for others. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57*(3), 677-694.

Caprara, G. V., & Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*. Cambridge University Press.

Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 505-521.

Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology, 58*, 227-257.

Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2007). *Structured interview of personality organization (STIPO)*. White Plains, NY: Institute for Personality Disorders. Recuperado de: http://www.borderlinedisorders.com/assets/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf

Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2016). *Structured interview of personality organization (STIPO)*. White Plains, NY: Institute for Personality Disorders. Recuperado de: http://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPO-R.pdf

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center. The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University.

Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (2002). Introduction: Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. In P. T. Costa, & T. A. Widiger, (Orgs.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.

Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2008). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 47*, 185-200.

Critchfield, K. L., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2004). The Relationship Between Impulsivity, Aggression, and Impulsive-Aggression in Borderline Personality Disorder: An Empirical Analysis of Self-Report Measures. *Journal of Personality Disorders, 18*(6), 555-570.

Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008). The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachement style to predict forms of hostility. *Journal of Clinical Psychology, 64*(1), 67-82.

Diguer, L., & Normandin, L. (1996). *The Personality Organizations Diagnostic Form (PODF)*. Unpublished manuscript, Université Laval, Québec.

Ellison, W. D. (2009). *Factor structure, measurement equivalence, and criterion relations of the Inventory of Personality Organization (IPO) in two nonclinical samples*. Dissertação de Mestrado, College of the Liberal Arts, Pennsylvania State University, Pennsylvania, United States of America. Recuperado de: https://etda.libraries.psu.edu/catalog/9611

Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor Structure of the Primary Scales of the Inventory of Personality Organization in a Nonclinical Sample Using Exploratory Structural Equation Modeling. *Psychological assessment*, *24*(2), 503-517.

Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Luyten, P., Remijsen, M, & Koelen, J. (2010). The Relationship Between Personality Organization as Assessed by Theory-Driven Profiles of the Dutch Short Form of the MMPI and Self-Reported Features of Personality Organization. *Journal of Personality Assessment, 92*(6), 599-609.

Eysenck, H. J. (1994). Normality-abnormality and the three-factor model of personality. In S. Strack, M. Lorr (Eds), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 3-25). New York: Springer.

First, M. B., Bell, C. C., Cuthbert, B., Krystal, J. H., Malison, R., Offord, D. R., ... & Wisner, K. L. (2002). Personality disorders and relational disorders: A research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. A. Regier (Eds.), A research agenda for DSM—V (pp. 123-199). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gamache, D., Laverdière, O., Diguer, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form: Development of a revised version. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(5), 368-377.

Gomes de Matos, E., Gomes de Matos, T. M., & Gomes de Matos, G. M. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *27*(3), 312-318.

Hamilton, M., Wininger, L., & Roose, S. P. (2009). Dropout Rate of Training Cases: Who and When. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57*(3), 695-702.

Hébert, É., Diguer, L., Descôteaux, J., Daoust, J. P., Rousseau, J. P., Normandin, L., & Scullion, M. (2003). The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): A preliminary report on its validity and interrater reliability. *Psychotherapy Research, 13*(2), 243-254.

Helzer, J. E., Kramer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine, 36*(12), 1671-1680.

Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The Construct of Effortful Control: An Approach to Borderline Personality Disorder Heterogeneity. *Psychopathology, 38*(2), 82-86.

Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T. (2009). The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry, 8*(1), 9.

Irwin, H. J. (2004). Reality testing and the formation of paranormal beliefs: A constructive replication. *Journal of the Society for Psychical Research, 68*(3), 143-152.

Kernberg, O. F. (1979). Two reviews of the literature on borderlines: An assessment. *Schizophrenia Bulletin, 5*(1), 53-58.

Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kernberg, O. F. (2005). Identity diffusion in severe personality disorders. In S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 39-49). New York: Wiley.

Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. K. Lenzenweger, & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder*. (2nd ed., pp. 114-156). New York: The Guilford Press.

Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1995). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kline, P. (1993). *Personality: The psychometric view*. London: Routledge.

Klonsky, E. D. (2000). The DSM Classification of Personality Disorder: Clinical Wisdom or Empirical Truth? A Response to Alvin R. Mahrer's Problem 11. *Journal of Clinical Psychology, 56*(12), 1615-1621.

Kraus, C., Dammann, G., Rothgordt, J., & Berner, W. (2004). Personality Disorders in Sexual Offenders. *Recht & Psychiatrie, 22*, 95-104.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine, 42*(09), 1879-1890.

Lartigue, T., Casanova, G., Ortiz, J., & Aranda, C. (2004). Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. *Perinatología y reproducción humana, 18*(2), 73-90.

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, *13*(4), 577-591.

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., & Levy, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, *22*(4), 313-331.

Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality*, *19*(4), 257-268.

Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(1), 139-157.

McCreary, J. K. (1960). The problem of personality definition. *Journal of General Psychology*, *63*, 107-111.

Mullen, L. S., Blanco, C., Vaughan, S. C., Vaughan, R., & Roose, S. P. (1999). Defense mechanisms and personality in depression. *Depression and Anxiety*, *10*(4), 168-174.

Normandin, L., Sabourin, S., Diguer, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., & Clarkin, J. (2002). Évaluation de la validité théorique de l’Inventaire de l’organisation de la personnalité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *34*(1), 59-65.

O’Connor, B. P. (2002). The search for dimensional structure differences between normality and abnormality: A statistical review of published data on personality and psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(4), 962-982.

Oldham, J., Clarkin, J., Appelbaum, A., Carr, A., Kernberg, P., Lotterman, A., & Haas, G. (1985). A self-report instrument for borderline personality organization. The borderline: Current empirical research. In T. H. McGlashan. *The Borderline: Current empirical research* (pp. 3-18). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Oliveira, S. E. S. (2012). *Diagnóstico estrutural da personalidade: Adaptação e validação do Inventory of Personality Organization para a cultura brasileira*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Oliveira, S. E. S. (2016). *Diagnóstico estrutural e dimensional da personalidade: Estudos psicométricos e de aplicação clínica*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, *1*(1), 1-7.

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013). O diagnóstico estrutural da personalidade segundo o modelo de Otto F. Kernberg. In L. F. Carvalho, & R. Primi. (Org.). *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: implicações teóricas e práticas* (pp. 239-263). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Organização Mundial da Saúde. (OMS). (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças*. (Vol. 1.) São Paulo: Edusp.

Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment, 21*(3), 365–379.

Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., & Clarkin, J. F. (2015). The facets of identity: Personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personality disorders, 6*(2), 129-140.

Quiroga, S., Cryan, G., & Fontao, M. I. (2002). Comparative study on the therapeutic efficacy for eating disorders. *Psicoterapia e Istituzioni: Review of Psychoanalytical Methodological Research and Clinical Experiences, 9*, 37-62.

Quiroga, S., González, C., Varela, B., & Domínguez, M. (2004, setembro). Adaptación Argentina del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO): sus propiedades psicométricas en las muestras de tres ciudades. *Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis*. Guadalajara, México, 25. Recuperado de: http://fepal.org/images/2004investig/inventario_-_susana_quiroga_y_equipo.pdf

Quiroga, S., Solano, A. C., & Fontao, M. I. (2003). La evaluacion de la estructura de la personalidad: adaptacion argentina del Inventario de Organizacion de la Personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 1*, 188-219.

Ruiz, L, R., & Sánchez, A. R. R. de. (2008). Description of the structural organization of the personality in adolescents who studied first semester in a psychology program in the city of Barranquillla. *Psychologia: Avances de la Disciplina, 2*(2), 65-91.

Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Schuller, D. R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: A categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry, 10*(6), 337-352.

Schaefer, A., Gieler, U., Kurth, R., Brosig, B., Leweke, F., Milch, W. E., ... & Beutel, M. E. (2008). Long-term outcomes of short-term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors. *Journal of psychosomatic research, 65*(4), 329-336.

Silveira, L. B. (2015). *Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): Evidências de validade entre amostras clínica e não clínica.* Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Smits, D. J., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised: construction of an abridgedversion. *European Journal of Psychological Assessment, 25*(4), 223-230.

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 104-115.

Spitzer, C., Barnow, S., Armbruster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline Personality Organization and Dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic, 70*(3), 210-221.

Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., ... & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment, 92*(1), 35-44.

Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of abnormal psychology*, *124*(2), 343.

Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355-380.

Vaisberg, T. M. J. A., & Machado, M. C. L. (2000). Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicologia USP, 11*(1), 29-48.

Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., ... & Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders, 23*(3), 294-307.

Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., ... & Peuskens, J. (2010). Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease, 198*(2), 110-115.

Walter, M., Berth, H., Selinger, J., Gerhard, U., Küchenhoff, J., Frommer, J., & Dammann, G. (2009). The lack of negative affects as an indicator for identity disturbance in borderline personality disorder: A preliminary report. *Psychopathology, 42*(6), 399-404.

Widiger, T. A, & Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(1), 78-91.

Widiger, T. A. (2007). Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatric Association*, *6*(2), 79-83.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*(2), 71-83.

14

O MODELO HÍBRIDO DE DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE NO DSM-5

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), da American Psychiatric Association (APA), é o sistema de classificação dos transtornos mentais mundialmente utilizado entre os pesquisadores (Mezzich, 2002). Atualmente, o DSM está em sua quinta edição (American Psychiatric Association [APA], 2013) e pela primeira vez em sua história, desde a publicação de sua primeira edição em 1952, são apresentados simultaneamente (em um mesmo volume) dois sistemas independentes e concorrentes de diagnóstico dos transtornos da personalidade (TPs) (Krueger, 2013).

O presente capítulo tem como objetivo apresentar e discutir o mais novo modelo diagnóstico dos TPs. Para tanto, em um primeiro momento, será apresentado um breve panorama histórico de como a classificação dos TPs foi se modificando ao longo das diferentes edições do DSM. Esse resgate histórico permitirá uma compreensão de como o conceito de TP foi evoluindo ao longo dos anos até a contemporaneidade. Em um segundo momento, será feita uma caracterização dos dois principais modelos de diagnóstico dos TPs, a saber: o categórico e o dimensional. Esses modelos coexistem no DSM-5 e fundamentam o modelo híbrido apresentado nessa edição. Em seguida, serão apresentados os sistemas de avaliação e de conclusão diagnóstica propostos no modelo híbrido. Esse novo sistema demanda do clínico uma prática diferente da tradicional, e a ideia aqui é pontuar as diferenças de conduta clínica. Por fim, três casos de indivíduos que foram avaliados nesse sistema serão apresentados de modo a ilustrar a utilidade clínica do novo modelo do DSM-5 no que se refere aos aspectos descritivos da personalidade, de delimitação do diagnóstico e de planificação do tratamento.

HISTÓRIA DAS CLASSIFICAÇÕES DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE NAS EDIÇÕES DO DSM

O diagnóstico dos TPs está presente desde a primeira edição do DSM (APA, 1952). Durante as edições desse manual, vários transtornos foram incluídos e excluídos, e, embora tenham estado presentes desde a primeira edição, os TPs sofreram importantes modificações ao longo das revisões. A ideia aqui é fazer um breve resgate histórico da forma como os TPs foram conceitualizados e operacionalizados ao longo das edições do DSM.

A primeira edição do DSM (hoje conhecido como DSM-I) entendia os TPs como "defeitos desenvolvimentais ou tendências patológicas na estrutura da personalidade, com mínima ansiedade subjetiva e pouco ou nenhum sofrimento" (APA, 1952, p. 34). A referência a essa falta de sofrimento servia para endereçar o aspecto egossintônico já bem conhecido entre os TPs (Cloninger & Svrakic, 2008). Os TPs também eram caracterizados, nessa edição, pela manifestação de "um padrão, ao longo da vida, de ação ou comportamento, mais do que por sintomas mentais ou emocionais" (APA, 1952, p. 34). Nota-se, com essa frase, a intenção de caracterizar o aspecto duradouro e não episódico do quadro clínico dos TPs.

Havia um total de 13 categorias diagnósticas de TPs no DSM-I, as quais eram divididas em quatro grandes grupos, a saber: 1) distúrbio no padrão da personalidade, 2) distúrbio no traço da personalidade, 3) distúrbio da personalidade sociopática e 4) reações com sintomas especiais. Os três primeiros grupos foram formados com base na dinâmica do desenvolvimento da personalidade, evidenciando a forte influência das teorias psicodinâmicas nessa edição do DSM (Silk, 2005). O primeiro grupo era constituído por tipos de personalidade que "raramente, se nunca, [poderiam] ser alterados em suas estruturas inerentes por qualquer forma de terapia. Seus funcionamentos [poderiam] ser melhorados com terapias prolongadas, mas mudanças básicas [eram] raramente alcançadas" (APA, 1952, p. 35). Alguns exemplos de categorias diagnósticas para esse grupo eram a personalidade esquizoide e a personalidade paranoide.

O segundo grupo "aplicava-se aos indivíduos que [eram] incapazes de manter o equilíbrio emocional e independência sob menor ou maior estresse por causa dos distúrbios no desenvolvimento emocional" (APA, 1952, p. 36). Esse grupo compreendia pacientes que apresentavam sintomas neuróticos em níveis subclínicos quando em situações conflitantes e estressantes, sendo o pobre desenvolvimento da personalidade o fator crucial que explicaria o quadro clínico. Nesse grupo encontravam-se, entre outras categorias diagnósticas, as de personalidade passivo-agressiva e personalidade compulsiva.

O terceiro grupo, por sua vez, era concebido como aplicável aos pacientes que eram "doentes principalmente em termos de sociedade e de conformidade com o meio cultural prevalecente, e não apenas em termos de desconforto pessoal e de relações com outros indivíduos" (APA, 1952, p. 38). O problema primário dos pacientes nessa categoria era com a moral, a ética e os valores sociais. Categorias diagnósticas que pertenciam a esse grupo eram, por exemplo, reação antissocial e reação dissocial.

Finalmente, a quarta categoria era usada nos casos em que "um sintoma específico [era] a única expressão proeminente da psicopatologia" (APA, 1952, p. 39). Enquadravam-se nesse grupo categorias como distúrbio da aprendizagem e enurese. Naquela época, sintomas relacionados à aprendizagem, à comunicação e linguagem, ao controle dos esfíncteres e ao ciclo de sono e vigília eram considerados problemas da personalidade.

Nessa primeira edição, havia também outra grande categoria de classificação de TPs chamada de transtornos da personalidade situacionais transitórios (APA, 1952, p. 40). Essa categoria envolvia o conceito de que alguns comportamentos, entendidos como pertencentes a um TP, eram, de fato, sintomas de outros transtornos mentais ou respostas a situações muito estressantes. Essa categoria possibilitava os seguintes diagnósticos: 1) distúrbio da personalidade situacional transitória; 2) reação de estresse bruta; 3) reação situacional adulta; 4) reação de adaptação da infância; 5) reação de adaptação da criança, com possíveis manifestações, como distúrbio do hábito, distúrbio da conduta e traços neuróticos; 6) reação de adaptação da adolescência; e 7) reação de adaptação da vida tardia.

Após 16 anos da publicação da primeira edição do DSM, foi publicada a segunda edição (APA, 1968). Nesta, todas as classificações diagnósticas de TPs foram agrupadas em uma única classe diagnóstica, e a descrição geral passou a ser feita com menor referência à abordagem psicodinâmica. Vale notar que a influência das teorias psicodinâmicas se manteve nessa edição, mas com menor importância do que no DSM-I. Por exemplo, houve uma mudança conceitual-epistemológica muito importante no DSM-II que foi a troca da palavra "reação" para "transtorno". De acordo com Silk (2005), essa troca representou esse afastamento dos conceitos psicanalíticos, os quais entendiam que a sintomatologia psiquiátrica era resultado de reações psicológicas a estressores ou conflitos. Assim, as esquizofrenias, por exemplo, que no DSM-I eram chamadas de reações esquizofrênicas, passaram a ser chamadas de transtornos esquizofrênicos no DSM-II.

No DSM-II, os TPs passaram a ser definidos como "padrões mal adaptativos de comportamento profundamente arraigados que são perceptivelmente diferentes em qualidade dos sintomas psicóticos e neuróticos" (APA, 1968, p. 41). Das 13 classificações diagnósticas propostas no DSM-I, sete permaneceram na segunda edição, a saber: a paranoide, ciclotímica, esquizoide, antissocial, inadequada, passivo-agressiva e a compulsiva, que passou a ser chamada de obsessivo-compulsiva. Além disso, foram incluídas as classificações de personalidade explosiva, histérica e astênica. De acordo com Widiger (2012), a personalidade histérica do DSM-II era o novo nome para a personalidade emocionalmente instável do DSM-I.

Apesar das mudanças observadas entre a primeira e a segunda edição do DSM, foi na terceira edição (APA, 1980), 12 anos após a publicação da segunda edição, que o sistema de classificação dos transtornos mentais sofreu alterações substanciais. De acordo com Silk (2005), essa edição se afastou definitivamente da abordagem psicanalítica para uma abordagem ateórica, baseada nas propostas neokraepelianas. Entre as alterações, a principal foi na estrutura diagnóstica; enquanto nas duas primeiras edições as categorias diagnósticas eram apresentadas em forma de parágrafo, no DSM-III o diagnóstico passou a ser operacionalizado por meio do preenchimento de um número específico de critérios ou sintomas, como um *checklist*. O diagnóstico nas duas primeiras edições era dado com base no entendimento que o clínico fazia do quadro sintomático de seu paciente e no seu julgamento do quanto esse quadro se assemelhava a algum perfil descritivo entre as classificações diagnósticas possíveis. Os parâmetros de comparação que o clínico tinha disponível eram parágrafos descritivos contidos nos manuais. Com a chegada do DSM-III, há uma mudança na prática do diagnóstico dos transtornos mentais. A partir de então, não mais se comparava o quadro do paciente aos perfis prototípicos, mas se levantavam os sintomas presentes e se aplicavam algoritmos para verificar se os sintomas eram suficientes para fechar um quadro diagnóstico.

Outra mudança importante no DSM-III foi a possibilidade da comorbidade entre os TPs. Nas

edições anteriores, o clínico devia escolher uma categoria de TP que melhor representasse o quadro sintomático de seus pacientes. No DSM-III, passou a ser permitido que um paciente apresentasse mais de uma categoria diagnóstica de TP, desde que os critérios para as diferentes classificações fossem alcançados. Outra novidade trazida no DSM-III foi o sistema diagnóstico multiaxial. O diagnóstico dos transtornos mentais passou a ser feito em cinco eixos, a saber: eixo I = síndromes clínicas que demandam tratamento; eixo II = transtornos da personalidade e transtornos desenvolvimentais específicos, que são transtornos que geram problemas ao longo da vida dos pacientes; eixo III = condições médicas gerais, condições clínicas e transtornos físicos que podem influenciar um problema psiquiátrico, como lesões cerebrais; eixo IV = severidade dos fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a manutenção do transtorno; eixo V = avaliação do funcionamento adaptativo global, para identificar o nível de habilidade do paciente para realizar as atividades diárias da vida de forma independente e adequada. Nota-se que os TPs ganharam um destaque no DSM-III, uma vez que formaram um eixo diagnóstico diferente dos outros transtornos mentais. Com isso, os clínicos passaram a ter de investigar (ou considerar) o funcionamento da personalidade dos pacientes para que o diagnóstico multiaxial fosse completado. Apesar desse destaque, o sistema multiaxial foi considerado complexo e pouco prático por clínicos em suas atividades diárias (Bassett & Beiser, 1991) e, além disso, as razões que separavam os eixos I e II passaram a ser contestadas por meio de pesquisas científicas (Ruocco, 2005).

No que se refere aos TPs, a conceitualização geral continuou sendo feita em forma de parágrafo. Contudo, diferentemente das primeiras edições, nessa terceira edição há um esforço em operacionalizar de forma mais objetiva o conceito de TP, como pode ser visto no seguinte trecho:

> Traços de personalidade são padrões duradouros de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e si mesmo, e são exibidos em uma ampla variedade de importantes contextos sociais e pessoais. Somente quando os traços de personalidade são inflexíveis e mal adaptativos e causam prejuízo significativo ou no funcionamento social ou no ocupacional, ou sofrimento subjetivo, é que eles constituem Transtornos da Personalidade (APA, 1980, p. 335).

A ideia no DSM-III foi tentar trazer critérios mais objetivos para alcançar diagnósticos mais fidedignos. De fato, o DSM-III foi construído sobre bases mais científicas quando comparado aos seus antecessores, isto é, os critérios diagnósticos foram testados empiricamente a fim de obter um sistema diagnóstico fidedigno (Silk, 2005).

Finalmente, outra alteração apresentada no DSM-III foi a nova divisão dos TPs em *clusters*. Diferentemente do DSM-I, a divisão feita no DSM-III foi com base nas características (traços) comuns que os diferentes TPs compartilhavam entre si. O primeiro *cluster* era caracterizado por indivíduos que apresentavam comportamentos estranhos ou excêntricos e continha as classificações de TPs paranoide, esquizoide e esquizotípica. Os pacientes com diagnósticos do segundo *cluster* apresentavam-se dramáticos, emocionais ou erráticos, e as classificações desse *cluster* eram TPs histriônica, narcisista, antissocial e *borderline*. Por fim, o terceiro *cluster* era caracterizado por indivíduos com traços ansiosos e medrosos e tinha as categorias de TPs esquiva, dependente, compulsiva[1] e passivo-agressiva. Essa divisão em *clusters* foi feita sem

embasamento teórico ou empírico, mas apenas com base na fenomenologia dos sintomas. Os três *clusters* passaram a ser chamados de A, B e C, respectivamente, a partir da edição revisada do DSM-III, que será apresentada adiante.

Nessa terceira edição, as classificações de personalidade inadequada, ciclotímica, explosiva e astênica foram suprimidas e foram acrescentadas as classificações de TPs esquizotípica, *borderline*, esquiva (ou evitativa, dependendo da tradução), narcisista e dependente. A personalidade dependente, de fato, foi "promovida" a uma categoria independente, pois no DSM-I ela aparecia como um subtipo da personalidade passivo-agressiva, com o nome de "subtipo passivo-depressiva" (Widiger, 2012).

Sete anos após a publicação do DSM-III, foi lançada uma revisão dessa edição (APA, 1987). A ideia era apenas melhorar os aspectos frágeis do DSM-III e não fazer uma nova edição, mas mudanças substanciais foram efetivadas. Como assinalou Sprock (2015), houve mudanças na terminologia (p. ex., transtorno paranoide foi renomeado para transtorno delirante), houve exclusão de categorias (p. ex., homossexualidade egodistônica), houve inclusão de novas categorias (p. ex., transtorno dismórfico corporal), houve inclusão de novos dígitos para melhorar a especificação dos transtornos e houve ainda mudanças no sistema axial (p. ex., o eixo II passou a ser usado para os diagnósticos de TP e de retardo mental). Entre as mudanças feitas no DSM-III-R, a seção dedicada aos TPs sofreu significativa alteração, por causa das críticas recebidas pela baixa fidedignidade das classificações diagnósticas, devido às vagas descrições diagnósticas (Sprock, 2015). Entende-se com isso que à época da publicação do DSM-III, embora tenha havido uma tentativa de objetivar as definições e os critérios, tal esforço não foi suficiente. As principais alterações na seção dos TPs do DSM-III-R foram referentes aos critérios diagnósticos dos TPs específicos, como aumento no número de critérios e alterações nos pontos de corte. A definição geral dos TPs se manteve praticamente a mesma do DSM-III.

A quarta edição do DSM foi lançada sete anos após a publicação do DSM-III-R (APA, 1994). Essa nova edição não trouxe mudanças muito significativas para o sistema de classificação dos transtornos mentais, como trouxeram seus predecessores. Houve um aumento no número de categorias diagnósticas, e as alterações centraram-se mais nas informações estatísticas dos transtornos, como, por exemplo, sua prevalência na população.

No que se refere aos TPs, o DSM-IV propôs uma conceitualização mais operacional para o conceito geral dos TPs. Nessa edição, a definição foi feita em forma de indicadores a serem observados (no formato de *checklist*) e não mais em forma de parágrafo. No que se refere às classificações diagnósticas, pouca alteração foi feita; somente a exclusão da categoria de TP passivo-agressiva, a qual foi alocada no apêndice do DSM-IV (APA, 1994) para maiores estudos. Junto com essa categoria estava também o diagnóstico de TP depressiva.

Uma versão revisada da quarta edição do DSM foi lançada 13 anos após a sua publicação. Essa nova versão não gerou alterações para os TPs e, de fato, como o próprio nome dessa edição se referia, "revisão de texto" (em inglês, *text revision*, por isso DSM-IV-TR), as mudanças foram circunscritas a descrições feitas para algumas categorias diagnósticas. Como bem questionado por Cooper (2001, p. 85), "por que não publicar essas mudanças em um panfleto pequeno que poderia ser mantido junto da versão existente?", uma vez que essas mudanças não implicaram alterações nas formulações diagnósticas em si. Aos leitores curiosos para saber quais mudanças foram feitas entre as versões do DSM-IV e do DSM-IV-TR, basta conferir o Apêndice D no DSM-IV-TR (APA, 2000), onde está a lista completa das alterações feitas.

A mais recente edição, publicada 13 anos após o lançamento do DSM-IV-TR, estava gerando

expectativas da comunidade científica e clínica de mudanças importantes no sistema de classificação dos transtornos mentais. A principal expectativa estava na apresentação de modelos dimensionais de diagnóstico das psicopatologias. Contudo, a versão publicada se manteve ainda bastante conservadora, com muitas similaridades com a versão predecessora.

A frente de trabalho do DSM-5 que mais inovou nesse sentido foi o Grupo de Trabalho em Personalidade e Transtornos da Personalidade. O grupo apresentou um modelo de taxonomia dos TPs baseado em dados empíricos, com base em um modelo híbrido que considera ambas as abordagens categórica e dimensional de diagnóstico da personalidade (detalhes sobre essas abordagens são discutidos no tópico seguinte). Contudo, o comitê de avaliação final da APA resolveu não aceitar diretamente esse novo modelo e decidiu reimprimir os critérios propostos no DSM-IV-TR para o diagnóstico dos TPs no DSM-5 (na Seção II Códigos e Critérios Diagnósticos), pelo bem da tradição da prática clínica psiquiátrica, uma vez que a nova abordagem demandaria uma mudança de paradigma na atuação clínica. Por outro lado, o comitê da APA também decidiu imprimir o texto completo do grupo de trabalho na Seção III do DSM-5 (Modelos e Medidas Emergentes) e, pela primeira vez na história das edições do DSM, há a publicação de dois modelos diagnósticos distintos em um mesmo volume (Krueger & Markon, 2014). A conceitualização dos TPs no modelo alternativo do DSM-5 promove uma mudança na forma de pensar e de dar o diagnóstico psiquiátrico, mas também conserva características do modelo antigo. Por isso, o novo modelo é classificado como um modelo híbrido, pois inclui tanto o paradigma de diagnóstico iniciado no DSM-III (modelo categórico) quanto o paradigma dimensional.

OS MODELOS CATEGÓRICO, DIMENSIONAL E HÍBRIDO DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Como visto anteriormente, a forma de conceitualização dos TPs foi se alterando ao longo dos anos até chegar no modelo alternativo proposto no DSM-5 (APA, 2013). Vale notar que esse modelo engloba tanto a abordagem categórica quanto a dimensional para o diagnóstico dos TPs e, por isso, recebe o nome de modelo híbrido. Em termos de contextualização, o termo categórico pode se referir à presença ou não de uma característica ou propriedade (p. ex., a existência ou não de um sintoma de impulsividade) ou se uma entidade pertence ou não a uma classe (p. ex., se a impulsividade pertence ou não à classe do TP *borderline*) (Berrios, 2008). Note que essa abordagem é facilmente aplicada em várias doenças clínicas, como a rubéola, em que o diagnóstico é dado pela detecção da presença do vírus. Dessa forma, a presença ou a ausência do vírus determina a presença ou a ausência do diagnóstico. Contudo, em termos de transtornos mentais e, mais especificamente, dos TPs, não existem marcadores biológicos precisos que indiquem a presença ou a ausência de um dado diagnóstico. Na falta desses marcadores biológicos, foram propostos conjuntos de comportamentos, sinais, sintomas e traços como indicadores de determinados transtornos mentais. Assim, a presença de uma quantidade previamente estabelecida desses indicadores subsidia a decisão do clínico em dar um diagnóstico de um ou mais transtornos mentais.

Contudo, esse modelo categórico tem apresentado importantes fragilidades científicas e clínicas. Morey, Benson, Busch e Skodol (2015) listaram as principais críticas, a saber: 1) limitada fidedignidade diagnóstica; 2) elevada taxa de comorbidade entre os TPs; 3) grande heterogeneidade de perfis de personalidade em uma mesma categoria diagnóstica devido ao critério politético dos TPs; 4) pontos de corte diagnósticos arbitrariamente estabelecidos; 5) instabilidade temporal; 6) pobre cobertura da psicopatologia da personalidade, uma vez que o diagnóstico de TP sem outra especificação era o mais frequentemente diagnosticado; e 7) limitada validade convergente.

Alternativamente, modelos dimensionais foram surgindo para explicar a patologia da personalidade (Widiger & Simonsen, 2005). Em termos conceituais, a abordagem dimensional entende que a patologia da personalidade é de natureza contínua e não discreta, conforme o entendimento da abordagem categórica. Trata-se de uma mudança de uma abordagem qualitativa para um paradigma quantitativo, graças aos avanços que as tecnologias estatísticas e psicométricas têm obtido nas últimas décadas (Krueger & Piasecki, 2002). Apesar da superior qualidade prática e científica da abordagem dimensional sobre a categórica (Morey et al., 2015), a questão que recai sobre essa abordagem refere-se à variação na quantidade e na qualidade das dimensões (Berrios, 2008). Afinal, quantas e quais dimensões são necessárias para cobrir a psicopatologia da personalidade?

Os esforços do Grupo de Trabalho em Personalidade e Transtornos da Personalidade do DSM-5 resultaram em um modelo diagnóstico híbrido, isto é, que compreende tanto o paradigma categórico quanto o paradigma dimensional. A ideia de manter a proposta categórica nesse modelo, mesmo após tantas críticas, serviu ao propósito de suavizar a transição entre os paradigmas (Krueger, 2013). A avaliação das características da personalidade é feita de forma dimensional, e o diagnóstico é feito de forma categórica. Em outras palavras, se o perfil de traços

de um dado paciente se assemelhar a algum perfil prototípico dos tipos (ou categorias) de TPs específicos, então o paciente será classificado nessa categoria específica.

Critérios diagnósticos no modelo alternativo dos transtornos da personalidade

O diagnóstico dos TPs no modelo alternativo foi operacionalizado em sete critérios e consiste: 1) na estimação do nível de funcionamento da personalidade (critério A); 2) na identificação dos conteúdos patológicos da personalidade (critério B); 3) na verificação da inflexibilidade e da extensão em que os traços se manifestam (critério C); 4) na determinação da estabilidade temporal dos traços na vida da pessoa (critério D); 5) na refutação de que a patologia da personalidade esteja presente por causa (ou como efeito) de outro transtorno mental (critério E); 6) na refutação de que a patologia da personalidade esteja presente como efeito do uso de substâncias ou de outras condições clínicas (critério F); e 7) na determinação de que os traços patológicos não se configurem como expressões normais ou esperadas para a faixa etária ou para o ambiente sociocultural no qual a pessoa está inserida (critério G) (APA, 2013).

Os critérios A e B são hierárquicos, isto é, o critério A determina a presença da patologia da personalidade, e o critério B indica os conteúdos da personalidade que produzem os prejuízos no seu funcionamento. Assim, somente serão investigados os traços patológicos (critério B) se antes for determinado o prejuízo no funcionamento da personalidade (critério A). Em seguida, o clínico deve verificar o nível de difusão (critério C) e a estabilidade dos traços (critério D), lembrando que a patologia da personalidade é pervasiva, manifestando-se em uma variedade de contextos, e duradoura, estando presente desde a adolescência e mantendo-se ao longo da vida adulta. Finalmente, o clínico deve fazer um diagnóstico diferencial verificando se a expressão patológica da personalidade não é efeito direto de algum outro transtorno mental (critério E) e/ou do uso de substâncias ou de condições médicas (critério F) e/ou da fase do ciclo vital ou do ambiente socioeconômico do indivíduo.

Avaliando o critério A

O critério A é o “critério de entrada” para o diagnóstico dos TPs, isto é, somente será possível esse diagnóstico caso seja encontrado um prejuízo moderado no funcionamento da personalidade de um paciente. Bender, Morey e Skodol (2011) revisaram a literatura e concluíram que o aspecto central dos TPs é o prejuízo no funcionamento do *self* e interpessoal. Em outras palavras, os autores observaram que, independentemente do tipo de patologia da personalidade, pacientes com TP tendem a apresentar prejuízos no funcionamento intra e interpessoal. Morey e colaboradores (2011) testaram empiricamente esse modelo e observaram que o contínuo de severidade do funcionamento da personalidade foi capaz de predizer os diferentes tipos de TP.

De acordo com a proposta do DSM-5 (APA, 2013), o funcionamento intrapessoal, ou do *self*, envolve dois subdomínios, a saber: a identidade e o autodirecionamento. A identidade refere-se à função integradora do *self* e compreende três elementos nesse modelo: 1) a noção de *self* (autoimagem e autoconceito); 2) o nível da autoestima e da acurácia na autoavaliação; e 3) a amplitude e a intensidade das experiências emocionais, bem como a capacidade para regulá-las. A função do autodirecionamento, por sua vez, refere-se à capacidade do indivíduo de controlar e direcionar o próprio comportamento e a própria vida. Essa função também compreende três componentes: 1) habilidade para estabelecer e perseguir objetivos significativos de vida; 2) capacidade para se comportar de forma construtiva e com base em padrões internos pró-sociais; e

3) habilidade para autorreflexão, isto é, para refletir sobre os próprios comportamentos e adaptá-los para obter satisfação na vida.

O funcionamento interpessoal da personalidade também apresenta dois subdomínios, a saber: a empatia e a intimidade (APA, 2013). Pacientes com TP tendem a apresentar algum prejuízo na função empática, que compreende três aspectos: 1) entender e apreciar as motivações e as experiências das pessoas; 2) tolerar perspectivas diferentes; e 3) compreender os efeitos dos próprios comportamentos sobre as pessoas. O prejuízo na capacidade de intimidade também é expresso em três elementos no DSM-5: 1) capacidade para conexões profundas e duradouras; 2) desejo e capacidade para proximidade e intimidade; e 3) estabelecimento de relações respeitosas e mutuamente satisfatórias.

No modelo alternativo dos TPs do DSM-5 (APA, 2013), o processo diagnóstico se inicia justamente com a avaliação desse critério, isto é, a identificação do nível de funcionamento da personalidade. Para tanto, o clínico deve investigar se há um prejuízo clinicamente significativo no funcionamento da identidade, do autodirecionamento, da empatia e da intimidade. O exame dessas funções pode se dar por meio de diferentes técnicas, tais como entrevista, observação do comportamento e testes psicológicos.

Para auxiliar o clínico na determinação do nível de funcionamento da personalidade de seus pacientes, o DSM-5 (APA, 2013) apresenta a Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS, do inglês Level of Personality Functioning Scale). Trata-se de um instrumento que é pontuado pelo clínico em uma escala de cinco pontos (0 = sem prejuízo e 4 = extremo prejuízo). O profissional deve avaliar os quatro subdomínios anteriormente descritos (identidade, autodirecionamento, empatia e intimidade) e determinar, por meio de um escore, o nível que melhor representa o funcionamento do paciente. Para fundamentar os escores, para cada ponto da escala (de 0 a 4), para cada um dos subdomínios, existe um texto que descreve como é o funcionamento da personalidade no nível especificado. O papel do clínico é decidir, com base nos conhecimentos que tem de seu paciente, qual descrição melhor representa o funcionamento do paciente.

Estudos têm indicado adequadas propriedades psicométricas da LPFS. Morey, Bender e Skodol (2013) confirmaram empiricamente o ponto de corte estabelecido no DSM-5 (APA, 2013), de prejuízo moderado (escore = 2). Os autores observaram que a utilização desse ponto de corte permitiu a correta identificação de 85% dos pacientes, além de ter identificado corretamente 73% das pessoas que não tinham TP. Morey e Skodol (2013) confirmaram empiricamente o algoritmo proposto no DSM-5, de prejuízo moderado em dois dos quatro subdomínios. Os resultados da pesquisa mostraram que a classificação correta de pacientes com TP, utilizando a regra de prejuízo em dois ou mais subdomínios, variou de 65,8% (TP antissocial) a 95,5% (TP esquiva). Zimmermann e colaboradores (2015) confirmaram a estrutura de dois fatores (*self* e interpessoal), os quais se mostraram altamente correlacionados entre si, sugerindo que o contínuo de severidade é aceitável do ponto de vista psicométrico.

Outro importante parâmetro a ser investigado em medidas como a LPFS é a fidedignidade entre avaliadores. Considerando que esse instrumento é pontuado pelo clínico, a pergunta que algumas pessoas podem fazer é: quem garante que a avaliação do profissional está correta? Sabe-se que a subjetividade de um avaliador pode gerar entendimentos e interpretações diferentes dos de outro avaliador (McHugh, 2012). Para tanto, ao propor medidas cujos resultados dependem da avaliação de outra pessoa, que não a avaliada, os pesquisadores devem pensar em estratégias para minimizar os erros de medida devido à subjetividade do avaliador. A LPFS apresenta um

texto descritivo sobre como é o funcionamento da personalidade para cada escore em cada subdomínio. Essa estratégia tende a diminuir as diferenças entre avaliadores. Estudos têm apresentado evidências de fidedignidade com coeficientes aceitáveis de concordância entre avaliadores (Few et al., 2013; Few, Lynam, Maples, McKillop, & Miller, 2015; Zimmerman et al., 2014).

Finalmente, a literatura apresenta estudos que investigaram diferentes fontes de evidências de validade da LPFS. Morey, Bender e Skodol (2013) encontraram correlações de alta magnitude entre o escore geral da LPFS e duas medidas alternativas de avaliação do critério A do DSM-5. Os autores também verificaram que elevados escores na escala geral da LPFS estão associados, entre outras coisas, a um maior número de sintomas de TP, a problemas no funcionamento psicossocial, a presença de comportamentos de risco e a necessidade de tratamentos mais intensos. Zimmermann e colaboradores (2014) encontraram escores mais altos da LPFS em pacientes com diagnóstico de TP em comparação a pacientes sem esse diagnóstico. Few e colaboradores (2013) observaram relações positivas entre os subdomínios da LPFS e os sintomas ansiosos e depressivos. Os autores também observaram relações positivas com os diferentes tipos patológicos da personalidade de acordo com os critérios do DSM-IV e com os traços de personalidade do DSM-5. Few e colaboradores (2015) encontraram correlações entre os subdomínios da LPFS e o TP antissocial de acordo com o modelo categórico e com os traços desse transtorno conforme o modelo do DSM-5.

Apesar de o DSM-5 propor a LPFS e de haver evidências de validade e fidedignidade desse instrumento demonstradas na literatura científica, vale notar que essa não é a única forma de avaliar o nível de funcionamento da personalidade. O critério A pode ser avaliado por meio de outros instrumentos e técnicas. Na literatura científica, existe uma série de artigos usando instrumentos de autorrelato, como: Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118) (Bastiaansen, Fruyt, Rossi, Schotte, & Hofmans, 2013) e General Assessment of Personality Disorders (GAPD) (Berghuis, Kamphuis, & Verheul, 2012; Berghuis, Kamphuis, Verheul, Larstone, & Livesley, 2013; Clark & Ro, 2014; Hentschel & Livesley, 2013a, 2013b; Morey et al., 2011). Recentemente, foi publicada uma versão de autorrelato da LPFS (Morey, 2017). Além disso, entrevistas estruturadas estão sendo desenvolvidas, como: Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5) (Berghuis, Hutsebaut, Kaasenbrood, Sanger, & Ingenhoven, 2014) e Clinical Interview for the Assessment of Levels of Functioning (CIALF) (Hesse & Thylstrup, 2014). Além dessas entrevistas, existe também a entrevista oficial para o DSM-5, a saber: a Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-AMPD) (Bender, Skodol, First, & Oldham, 2016).

Avaliando o critério B

Para a avaliação dos traços patológicos da personalidade, a APA disponibilizou gratuitamente o Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5, do inglês Personality Inventory for DSM-5). No *site* da APA[2] encontram-se disponíveis três formas do PID-5, a saber: 1) uma versão completa (220 itens) a ser respondida pelo paciente; 2) uma versão breve (25 itens) a ser respondida pelo paciente; e 3) uma versão, também completa (218 itens), a ser respondida por algum informante sobre o paciente. Além disso, as versões de autorrelato (completa e breve) também estão disponíveis para a avaliação de crianças e adolescentes com idade variando de 11 a 17 anos. As versões completas oferecem informações tanto sobre os 25 traços específicos da

patologia da personalidade (facetas) quanto sobre os cinco fatores maiores da personalidade (domínios).

O PID-5 foi construído para subsidiar a proposição empírica do modelo de traços patológicos proposto no DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012). Por meio de três amostras independentes, os autores refinaram o modelo de mensuração e testaram e validaram o modelo de traços. Dessa forma, a estrutura da patologia da personalidade apresentada na Seção III do DSM-5 é baseada em dados empíricos. Para detalhes sobre o processo de construção e teste do modelo dos traços patológicos da personalidade, recomenda-se a leitura de Krueger e colaboradores (2012).

Após os testes em amostras clínicas e representativas dos Estados Unidos, Krueger e colaboradores (2012) chegaram à conclusão de que a estrutura da patologia da personalidade é explicada por cinco fatores: Afetividade Negativa, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Em termos conceituais, o fator Afetividade Negativa refere-se à vivência intensa e frequente de emoções negativas, tais como ansiedade, depressão e raiva (APA, 2013). O fator Distanciamento compreende comportamentos de evitação de experiências socioemocionais, faixa restrita de expressão afetiva e falta de prazer na vida (APA, 2013). O fator Antagonismo, por sua vez, refere-se a comportamentos que colocam o indivíduo em divergência com as pessoas, tais como insensibilidade às necessidades dos outros, manipulação das pessoas para alcançar objetivos, desonestidade e sentimento de superioridade (APA, 2013). O fator Desinibição compreende comportamentos que visam à gratificação imediata das próprias necessidades, caracterizados por impulsividade, irresponsabilidade e distratibilidade (APA, 2013). Finalmente, o fator Psicoticismo refere-se a comportamentos estranhos, a padrões de crenças incomuns que são dissonantes da cultura do indivíduo e a experiências perceptivas excêntricas (APA, 2013).

Pesquisas têm mostrado que esses fatores estão fortemente associados aos cinco fatores da personalidade do Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) (sobre esse modelo, ver McCrae & John, 1992). A literatura tem confirmado a estrita e distinta relação entre os fatores Afetividade Negativa (DSM-5) e Neuroticismo (CGF), entre Distanciamento (DSM-5) e baixa Extroversão (CGF), entre Antagonismo (DSM-5) e baixa Socialização (CGF), entre Desinibição (DSM-5) e baixa Conscienciosidade (CGF) e entre Psicoticismo (DSM-5) e Abertura a Experiências (CGF) (De Fruyt et al., 2013; Gore & Widiger, 2013; Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015; Thomas et al., 2013). De fato, a relação entre os fatores Psicoticismo e Abertura ainda é controversa, visto que os resultados são diferentes entre os estudos. De qualquer forma, essa relação entre os fatores patológicos da personalidade com os fatores gerais da personalidade está subsidiando a ideia de que existe uma única estrutura da personalidade que varia de um funcionamento saudável a um funcionamento patológico. Em outras palavras, a patologia da personalidade seria uma variação extrema dos traços gerais da personalidade.

Esses cinco fatores patológicos da personalidade, como descritos no DSM-5, são compostos por um conjunto de 25 traços específicos de personalidade. Esses traços (ou facetas) referem-se a aspectos específicos da personalidade, organizados hierarquicamente nos cinco fatores já descritos. Antes de apresentar as facetas em relação a seus respectivos fatores, vale lembrar que os autores do modelo de traços patológicos, proposto no DSM-5, privilegiaram uma configuração estrutural que fosse baseada no conteúdo dos indicadores em detrimento do critério de simplicidade (Krueger, 2013; Krueger & Markon, 2014). Em outras palavras, quando analisaram a matriz de covariância dos dados, os autores privilegiaram uma solução fatorial que fizesse sentido teórico, com base no conteúdo das facetas, não se importando com cargas

cruzadas (i.e., que a variância de uma faceta fosse explicada por mais de um fator). Por exemplo, a faceta Tendência à Depressão é explicada tanto pelo fator Afetividade Negativa quanto pelo fator Distanciamento. Assim, pode-se pensar que as experiências de sentimentos de vergonha e culpa e de falta de esperança e de otimismo, que são características da faceta Tendência à Depressão, podem ser explicadas tanto por uma vivência massiva de afetos negativos (Afetividade Negativa) quanto pela tendência em evitar experiências socioemocionais (Distanciamento). Krueger e Markon (2014) listaram alguns conceitos-chave, como interstício e hierarquia, que podem explicar as diferenças encontradas entre as pesquisas acerca de quais facetas devem compor cada fator.

Feitos os devidos esclarecimentos acerca da complexidade da estrutura dos traços patológicos da personalidade no modelo do DSM-5, segue-se com a apresentação sucinta das facetas em seus respectivos fatores. O fator Afetividade Negativa é composto pelas facetas: Labilidade Emocional (caracterizada por instabilidade do humor, vivências emocionais intensas e reações afetivas desproporcionais); Ansiedade (sentimentos de tensão, constante preocupação e expectativas negativas); Insegurança de Separação (medo de ser rejeitado ou abandonado com crença de que não consegue cuidar de si próprio); Submissão (necessidade de atender aos interesses e desejos dos outros, colocando os próprios desejos em segundo plano); Hostilidade (sentimentos de raiva e comportamentos grosseiros); Perseveração[3] (manutenção de um comportamento que não está sendo efetivo, teimosia); Tendência à Depressão (sentimentos de desânimo, desesperança, vergonha, culpa e desvalia); Desconfiança (sentimentos de ser usado e dúvidas quanto à lealdade e boa intenção dos outros); e (falta de) Afetividade Restrita (pouca reação e expressão emocional e indiferença a situações interessantes) (APA, 2013).

O fator Distanciamento é composto pelas facetas: Retraimento (preferência por estar sozinho, resistência e evitação a situações sociais e falta de iniciativa social); Evitação da Intimidade (evitação de relacionamentos sociais e sexuais íntimos); Anedonia (falta de interesse e prazer nas atividades da vida); Tendência à Depressão; Afetividade Restrita; e Desconfiança. O fator Antagonismo, por sua vez, inclui as facetas: Manipulação (influenciar ou controlar os outros para atingir seus fins); Desonestidade (comportamento desonesto, fraudulento e de mentir); Grandiosidade (senso de superioridade e egocentrismo); Busca de Atenção (comportamentos para atrair a atenção e admiração dos outros); Insensibilidade (falta de preocupação com os outros e falta de culpa e remorso); e Hostilidade (APA, 2013).

O fator Desinibição é constituído pelas facetas: Irresponsabilidade (falta de compromisso e de respeito no cumprimento de combinações); Impulsividade (ação sem consideração das consequências e dificuldade em estabelecer e seguir planos); Distratibilidade (dificuldade de concentração e foco nas tarefas); Exposição a Riscos (envolvimento em atividades perigosas, negação da realidade de perigo e falta de preocupação com as próprias limitações); e (falta de) Perfeccionismo Rígido (insistência para que tudo saia perfeito, preocupação com organização e dificuldade de mudar de ideia). Finalmente, o fator Psicoticismo é formado pelas facetas: Crenças e Experiências Incomuns (crenças de ter habilidades incomuns e experiências de alucinações); Excentricidade (comportamento e discurso estranhos); e Desregulação Cognitiva e Perceptiva (experiências de despersonalização, desrealização e de controle do pensamento) (APA, 2013).

O PID-5, versões completas para autorrelato e outro informante, oferece uma estimação do nível dessas 25 facetas e dos cinco fatores. De acordo com as instruções da APA, um escore

médio igual ou maior do que 2 nas escalas do PID-5 indicaria que o traço está em nível patológico. Contudo, esse ponto de corte foi estabelecido arbitrariamente. Conforme apresentado em Krueger e colaboradores (2012), os pontos de corte devem variar por escala e a sua interpretação deve ser feita com base em distribuições amostrais normativas.

A literatura tem apresentado diferentes fontes de evidência de validade e fidedignidade do PID-5 para diversas línguas e culturas, tais como a norte-americana (Krueger et al., 2012; Wright et al., 2012), a canadense (Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013), a dinamarquesa (Bo, Bach, Mortensen, & Simonsen, 2015), a holandesa (Bastiaens et al., 2015; De Clerck et al., 2014), a flamenga (De Fruyt et al., 2013), a francesa (Roskam et al., 2015), a alemã (Zimmerman et al., 2014), a italiana (Fossati, Krueger, Markon, Borroni, & Maffei, 2013) e a espanhola (Gutiérrez et al., 2015). O PID-5 também foi adaptado para o português brasileiro, e estudos nacionais apresentaram adequadas evidências de validade e fidedignidade (Oliveira, 2016).

Finalmente, vale ressaltar que esse modelo de traços do DSM-5 é diferente do modelo dos TPs do DSM-5. Como bem delimitado por Krueger e Markon (2014), o modelo dos TPs do DSM-5 é mais abrangente e engloba o modelo de traços do DSM-5. Em outras palavras, o modelo dos TPs envolve a aplicação dos sete critérios (de A a G), e o modelo dos traços do DSM-5 (critério B) é uma parte integrante do modelo dos TPs.

Avaliando os critérios de C a G

A avaliação dos critérios C a G deve ser feita de forma compreensiva, isto é, não existem instrumentos ou modelos de mensuração para auxiliar o clínico na decisão sobre esses critérios. Aqui, valem a experiência clínica, as habilidades profissionais na condução de técnicas de entrevistas, de observação e de investigação psicopatológica.

Uma vez que o clínico observou que um paciente apresenta prejuízo moderado em dois ou mais subdomínios do funcionamento da personalidade (critério A) e com o levantamento dos traços patológicos do paciente feito (critério B), o próximo passo é verificar inflexibilidade e a difusão desses traços (critério C). Para tanto, o clínico pode fazer algumas perguntas aos pacientes.

Suponhamos que o paciente tenha apresentado prejuízo moderado nos subdomínios Empatia e Intimidade e traços patológicos de Impulsividade, Instabilidade Emocional e Hostilidade.

> [Clínico] “Os resultados iniciais sugeriram que você tem dificuldades em compreender as emoções dos outros, em se colocar no lugar dos outros, em entender perspectivas diferentes da sua [Empatia] e em estabelecer relacionamentos duradouros, estáveis e satisfatórios [Intimidade]. Essas dificuldades tendem a acontecer por causa de algumas prováveis características de sua personalidade, como atitudes impulsivas, com necessidade de satisfação imediata de suas necessidades [Impulsividade], como alta sensibilidade emocional, com frequentes mudanças de humor e com vivências intensas dos afetos [Instabilidade Emocional], e como frequentes experiências de irritabilidade, chegando a agir de maneira hostil [Hostilidade]. O que você acha desses resultados?”

Dessa forma, o clínico verifica com o paciente se os resultados fazem sentido e coleta dados qualitativos sobre os resultados quantitativos. Em seguida, ele verifica a inflexibilidade e a difusão da expressão patológica da personalidade. Algumas perguntas podem ser:

> “Você já quis tentar mudar essas suas dificuldades, mas não conseguiu?”
> “Você é sempre assim, digo, em casa, no trabalho (ou escola), com os amigos?”
> “Você já teve problemas por não conseguir controlar essas características?”
> “Já houve situações em que você deveria agir mais racionalmente, mas suas emoções e impulsividade atrapalharam e lhe colocaram em condição embaraçosa?”

A ideia é pedir exemplos e buscar evidências de que esses traços são inflexíveis e difusos. Uma vez evidenciada a pervasividade desses traços, o clínico deve então investigar a estabilidade temporal dessas caraterísticas de personalidade (critério D). Seguem alguns exemplos de perguntas que podem ser feitas:

> “Você se lembra quando começou a apresentar essas características? Com qual idade, aproximadamente?”
> “Você poderia dizer que essas dificuldades na Empatia e Intimidade e que os traços de Impulsividade, Instabilidade Emocional e Hostilidade são aspectos bem característicos da sua personalidade? Elas fazem parte de quem você é, porque elas estão sempre presentes em sua vida desde muito tempo?”

Buscada as evidências de estabilidade temporal, o clínico deve prosseguir com o diagnóstico diferencial. A primeira diferenciação que o clínico deve fazer é em relação a outros transtornos mentais (critério E). Para tanto, o clínico deve fazer uma investigação de outros transtornos mentais e diferenciar os traços dos episódios sintomáticos. Vamos supor que o nosso paciente também feche critérios para o diagnóstico de transtorno de humor bipolar tipo II. Os traços de Impulsividade e Instabilidade Emocional podem ser efeitos diretos do quadro bipolar. Alguns exemplos de perguntas são:

> “Você somente age impulsivamente quando está em um episódio de mania?”
>
> “O que vem primeiro, as características de Impulsividade, Instabilidade Emocional e Hostilidade ou o episódio maníaco?”
>
> “Mesmo quando o quadro bipolar está controlado, você ainda se percebe impulsivo, instável emocionalmente e hostil?”

O objetivo é verificar a independência entre os traços patológicos da personalidade e os sintomas de outros transtornos mentais. Se verificada essa independência, o clínico deve prosseguir para a diferenciação dos traços da personalidade do uso de substâncias ou outras condições clínicas (critério F). Para tanto, o clínico deve investigar se o paciente faz uso de medicações, de substâncias psicoativas ilegais ou legais (p. ex., álcool, cigarro ou café) e se ele tem alguma condição clínica médica relevante, como traumas cerebrais, síndromes genéticas e alterações metabólicas. Algumas perguntas que podem ajudar a diferenciar são:

> “Você acha que essas características de personalidade somente aparecem quando você está sob o efeito da substância X?”
> “Essas características de personalidade apareceram somente depois que você teve aquele

acidente em que você machucou a sua cabeça?"
"Você sabe me dizer se essas características somente apareceram depois que apareceu a doença X?"

Não tendo encontrado evidências de que os traços patológicos são efeitos de substâncias psicoativas ou de condições médicas, o clínico deve fazer uma última diferenciação. A última pergunta que o clínico deve se fazer é: "esses traços são esperados para a fase de desenvolvimento ou para o contexto socioeconômico do paciente?" (critério G). Para tanto, ele deve conhecer os micro, meso e macroambientes nos quais o paciente está inserido, bem como o ambiente sociocultural. Por exemplo, é esperado que adolescentes apresentem, em certo nível, comportamentos impulsivos, alterações afetivas frequentes e irritabilidade em razão das alterações hormonais e dos desafios psicossociais específicos do período que estão vivendo. Além disso, pode ser que esses traços sejam comuns em pessoas que estejam em situações de importante vulnerabilidade financeira e social. Uma forma de endereçar esse critério é desenvolver normas de interpretação dos instrumentos para públicos específicos, considerando idade, renda, escolaridade ou outras variáveis relevantes. Outra forma é o clínico obter um conhecimento profundo da realidade socioeconômica do paciente e da fase desenvolvimental e o modo como o paciente vem enfrentando as tarefas desenvolvimentais ao longo de sua vida.

DETERMINANDO O DIAGNÓSTICO DA PATOLOGIA DA PERSONALIDADE

Uma vez verificados hierarquicamente todos os critérios para o diagnóstico de um TP, o clínico está apto para chegar à conclusão final. O modelo alternativo dos TPs do DSM-5 apresenta critérios para seis TPs específicos, a saber: antissocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Nota-se que as razões para a remoção dos TPs esquizoide, dependente, histriônica e paranoide não foram bem esclarecidas (Krueger, 2013). Além disso, esses transtornos são contemplados na categoria residual, chamada de transtorno da personalidade – traço especificado (TP-TE) (APA, 2013).

O modelo alternativo apresenta para cada um dos seis TPs específicos uma descrição de como seria o funcionamento da personalidade nos seus quatro subdomínios e os traços patológicos característicos de cada TP. Por exemplo, para o TP narcisista, os subdomínios do funcionamento da personalidade (critério A) são caracterizados por: uma exagerada autoapreciação (Identidade), com definição de objetivos baseada na busca de aprovação dos outros (Autodirecionamento), com pobre capacidade de reconhecer as necessidades dos outros (Empatia) e com o estabelecimento de relações superficiais e que visam ao ganho pessoal (Intimidade) (APA, 2013). No que se refere aos traços patológicos (critério B), devem estar presentes os traços de Grandiosidade (crença de ser melhor do que os outros) e de Busca de Atenção (necessidade de atenção e admiração dos outros) (APA, 2013).

Para cada um dos seis tipos, é ainda possível acrescentar “Especificadores”, isto é, acrescentar a indicação de traços que se apresentam em níveis patológicos e que não são necessários para o diagnóstico específico. Por exemplo, no caso do TP narcisista, são necessários dois traços (Grandiosidade e Busca de Atenção). Caso um paciente apresente também traços de Manipulação, Desonestidade e Insensibilidade, o clínico pode especificar a presença desses traços, que, segundo o DSM-5, seria congruente com o perfil de “narcisismo maligno” (APA, 2013).

Quando o perfil dos traços patológicos se apresentar de forma atípica ou mista, o clínico pode fazer uso da categoria diagnóstica TP-TE. Essa categoria mais flexível é equivalente à categoria de transtorno da personalidade sem outra especificação, com a vantagem de especificar exatamente quais traços são patológicos. O diagnóstico de TP-TE vem seguido dos especificadores, como TP-TE: Anedonia, Irresponsabilidade e Excentricidade.

A descrição da patologia da personalidade pode ser feita utilizando diferentes níveis hierárquicos (Wright et al., 2012). A descrição de pacientes com um padrão mais severo e generalizado de traços patológicos da personalidade tende a ser mais significativa usando-se níveis superiores da hierarquia. Por outro lado, quando a patologia da personalidade se dá pela importante manifestação inflexível de um ou poucos traços patológicos, a descrição mais fidedigna do quadro do paciente ocorre com o uso dos níveis inferiores da hierarquia.

No estudo de Wright e colaboradores (2012), observou-se que as cinco dimensões patológicas da personalidade do DSM-5 podem ser organizadas em cinco níveis hierárquicos. No primeiro nível, encontra-se um fator geral de patologia da personalidade em que o comprometimento da personalidade ocorre de forma generalizada, incluindo diferentes traços. No segundo nível, encontram-se dois fatores, quais sejam, o Internalizante e o Externalizante. No fator Internalizante, estão os traços relacionados a experiências subjetivas desagradáveis. No fator

Externalizante, estão os traços relacionados a problemas nas interações e de autocontrole. No terceiro nível, o fator Internalizante se divide em Afetividade Negativa e Distanciamento, como definidos no DSM-5. No quarto nível, o fator Externalizante se divide nos fatores Antagonismo e Desinibição, também de acordo com a conceitualização proposta no DSM-5. Por fim, no quinto nível, está o fator Psicoticismo.

ESTUDOS DE CASO

Para ilustrar a aplicabilidade clínica do modelo alternativo, são apresentados três casos em que esse sistema foi aplicado. A Tabela 14.1 apresenta algumas características demográficas e de saúde dos casos. Note que são apresentados dois casos de jovens adultos (casos 1 e 3) e um caso de idoso (caso 2).

TABELA 14.1
Dados de caracterização dos casos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Idade	22	61	25
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino
Relacionamento	Namorando	Casado	Namorando
Ocupação	Estudante	Licença saúde	Estuda e trabalha
Risco para suicídio	Sem risco	Sem risco	Alto risco

A Figura 14.1 apresenta os escores que os casos receberam de seus clínicos na LPFS. Lembrando que o critério A é o de entrada, ou seja, é o prejuízo no funcionamento da personalidade que determina a presença de um TP. O ponto de corte sugerido pela APA e comprovado empiricamente por Morey, Bender e Skodol (2013) é o escore 2, equivalente a um prejuízo moderado.

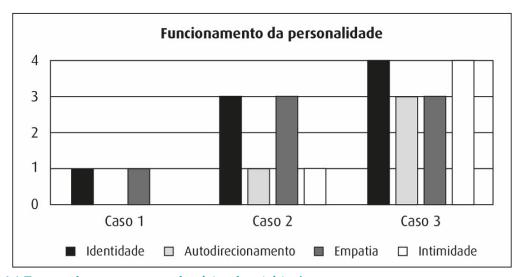



Figura 14.1 Escores dos casos para os domínios do critério A.

Note que o caso 1 apresentou algum prejuízo (escore 1) no funcionamento da Identidade e da Empatia e um funcionamento adaptativo (escore 0) no funcionamento do Autodirecionamento e da Intimidade. Os prejuízos encontrados, contudo, não são clinicamente significativos. Assim, entende-se que a jovem de 22 anos não apresenta um TP. O caso 2, por sua vez, apresentou prejuízo grave (escore 3) nas funções da Identidade e da Empatia e algum prejuízo (escore 1) no Autodirecionamento e na Intimidade. Esse resultado sugere que o senhor de 61 anos tem um TP. Finalmente, o caso 3 apresentou prejuízo extremo (escore 4) nas funções da Identidade e da

Intimidade e prejuízo grave (escore 3) nas funções do Autodirecionamento e da Empatia. A jovem de 25 anos também pode ter um TP. A determinação da patologia da personalidade depende do exame dos demais critérios (B a G).

A análise do critério B (traços patológicos da personalidade) vai ser apresentada neste capítulo por domínio, de modo a facilitar a visualização dos resultados nos gráficos. O nível dos traços patológicos é apresentado nas figuras por meio de escores T, que foram calculados com base nas médias da amostra normativa brasileira de Oliveira (2016) considerando o sexo dos participantes. Vale lembrar que o escore T tem média 50 e desvio padrão 10. Segundo a proposta de interpretação de Morey (2017), escores iguais ou maiores do que 60 (um desvio padrão acima da média) refletem problemas subclínicos nos traços. Escores iguais ou maiores do que 65 (um desvio padrão e meio acima da média) indicam problemas clinicamente significativos nos traços da personalidade. A Figura 14.2 apresenta os níveis que os casos apresentaram nas facetas relacionadas ao domínio Afetividade Negativa.

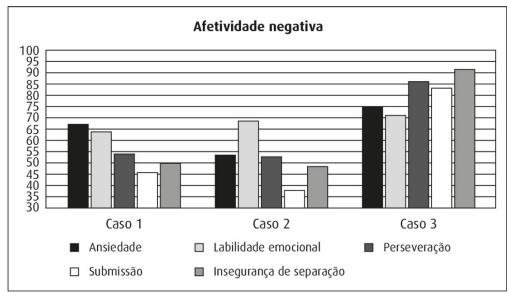



Figura 14.2 Escores T dos casos para as facetas relacionadas ao domínio Afetividade Negativa.

O caso 1, que não tem indicação para um TP, apresentou traços subclínicos de Ansiedade (T = 63) e Labilidade Emocional (T = 64). Com isso, entende-se que esses traços são característicos da jovem de 22 anos, mas não geram prejuízos significativos na vida dela (lembrando que ela não fechou o critério A). O senhor de 61 anos (caso 2) apresentou um traço saliente de Labilidade Emocional (T = 69). Finalmente, a jovem de 25 anos (caso 3) apresentou níveis clinicamente significativos em todas as facetas (T > 70).

No que se refere às facetas relacionadas ao domínio Distanciamento (Fig. 14.3), o caso 1 não apresentou traços salientes. O caso 2 apresentou níveis subclínicos em Evitação da Intimidade (T = 61) e Afetividade Restrita (T = 63) e níveis clinicamente significativos nas demais facetas (T > 67). O caso 3 apresentou traço subclínico em Afetividade Restrita (T = 64) e traços salientes nas facetas Anedonia (T = 65), Tendência à Depressão (T = 113), Desconfiança (T = 84) e Retraimento (T = 78). Esse caso somente não apresentou níveis importantes na faceta Evitação da Intimidade (T = 59).

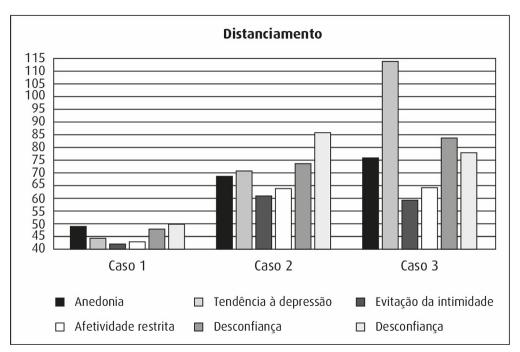



Figura 14.3 Escores T dos casos para as facetas relacionadas ao domínio Distanciamento.

Referente às facetas relacionadas ao domínio Antagonismo, observa-se, na Figura 14.4 que o caso 1 apresentou um nível subclínico na faceta Busca de Atenção (T = 60). O caso 2 apresentou níveis importantes de Insensibilidade (T = 97) e Hostilidade (T = 81). O caso 3 apresentou níveis clínicos em todas as facetas desse domínio (T > 65).

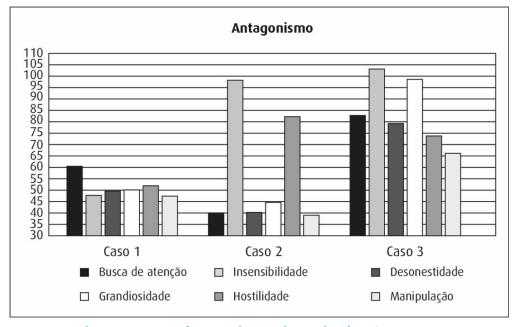



Figura 14.4 Escores T dos casos para as facetas relacionadas ao domínio Antagonismo.

No que tange ao domínio Desinibição (Fig. 14.5), o caso 1 apresentou um nível subclínico em Impulsividade (T = 60). O caso 2 apresentou nível subclínico no traço Distratibilidade (T = 60) e níveis importantes em Impulsividade (T = 77) e Perfeccionismo Rígido (T = 67). O caso 3

apresentou níveis clinicamente significativos em quase todas as facetas, com exceção da Exposição a Riscos (T = 61).

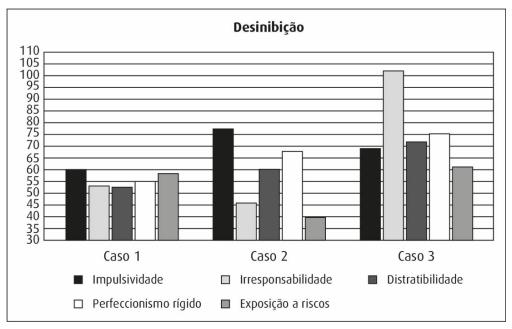



Figura 14.5 Escores T dos casos para as facetas relacionadas ao domínio Desinibição.

Finalmente, referente às facetas relacionadas ao fator Psicoticismo (Fig. 14.6), os resultados mostraram que o caso 1 não apresentou traços salientes, o caso 2 apresentou nível subclínico na faceta Excentricidade, e o caso 3, níveis clínicos em todas as facetas (T > 85).

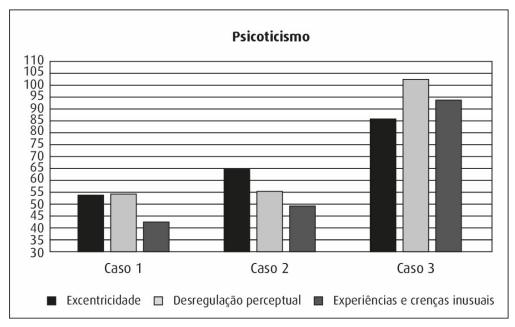



Figura 14.6 Escores T dos casos para as facetas relacionadas ao domínio Psicoticismo.

Tendo feito o levantamento dos traços patológicos em níveis clinicamente significativos, o clínico deve prosseguir com a aplicação dos algoritmos propostos no DSM-5 (APA, 2013) para

os TPs específicos. O caso 1 não apresentou prejuízos moderados nos subdomínios do funcionamento da personalidade, contraindicando o diagnóstico de TP. Além disso, esse caso também não apresentou traços patológicos clinicamente significativos. Os resultados sugerem que a jovem de 22 anos não apresenta um funcionamento patológico da personalidade, tendo sido observadas algumas dificuldades em alguns aspectos de sua personalidade. Ela parece ter alguns problemas no conceito que tem de si mesma, na autoestima e na regulação emocional (Identidade). Também não lhe parece ser fácil considerar as necessidades e as perspectivas dos outros (Empatia). Contudo, essas dificuldades não lhe geram prejuízos clinicamente significativos em níveis pessoais e interpessoais. Os resultados indicaram que as características de personalidade que podem estar relacionadas a essas dificuldades são a vivência de sentimentos de nervosismo (Ansiedade) e o fato de experienciar as emoções de forma intensa e inconstante (Labilidade Emocional). Além disso, pode contribuir o fato de ela se comportar de forma inconsequente (Impulsividade) e de modo que atraia a atenção das pessoas (Busca de Atenção).

O caso 2 apresentou prejuízos na Identidade e Empatia (critério A) e traços patológicos de Labilidade Emocional, Tendência à Depressão, Retraimento, Anedonia, Desconfiança, Insensibilidade, Hostilidade, Impulsividade e Perfeccionismo Rígido (critério B). Os traços patológicos não se assemelham a nenhum dos seis perfis prototípicos do DSM-5 (APA, 2013). Se os critérios de C a G fossem alcançados, o diagnóstico mais adequado seria de TP-TE.

Em termos descritivos, o senhor de 61 anos tende a apresentar dificuldades em se conhecer e se definir de forma clara e coerente (Identidade) e em se colocar no lugar dos outros (Empatia). Os resultados sugeriram que essas dificuldades ocorrem porque ele parece ser instável emocionalmente (Labilidade Emocional) e tende a experimentar sentimentos de desvalia pessoal (Tendência à Depressão). Ele parece ter dificuldade em sentir prazer com as atividades da vida (Anedonia) e tende a desconfiar das boas intenções dos outros (Desconfiança), podendo, com isso, se isolar socialmente (Retraimento) e a ter atitudes hostis para com os outros (Hostilidade). Ele provavelmente age sem considerar as consequências (Impulsividade) e, se vier a ferir os sentimentos dos outros, tenderá a não sentir remorso ou culpa (Insensibilidade). Os dados mostraram ainda que ele parece insistir, de forma rígida, que tudo saia perfeito e do seu jeito (Perfeccionismo Rígido).

Por fim, a jovem de 25 anos (caso 3) apresentou prejuízos graves no funcionamento da personalidade de forma geral (critério A). Em relação aos traços patológicos, observou-se que ela apresentou problemas clinicamente significativos em todas as facetas dos domínios Afetividade Negativa, Antagonismo e Psicoticismo. Ela também apresentou problemas clínicos nos traços de Anedonia, Tendência à Depressão, Desconfiança e retraimento do domínio Distanciamento. Referente ao domínio Desinibição, ela apresentou traços importantes de Impulsividade, Irresponsabilidade, Distratibilidade e Perfeccionismo Rígido. Novamente, o perfil dimensional do caso não se assemelha a nenhum perfil prototípico do DSM-5 (APA, 2013). O diagnóstico indicado para esse caso também é o de TP-TE.

Em termos descritivos, dada a generalização da patologia da personalidade, é recomendável o uso de níveis superiores da hierarquia estrutural da patologia da personalidade (como descrito anteriormente). Nesse caso, pode-se pensar que a jovem apresenta importantes dificuldades no funcionamento da personalidade tanto em termos pessoais quanto interpessoais (critério A). Ela parece ter uma importante dificuldade em saber quem ela é (Identidade) e de definir metas e objetivos em sua vida (Autodirecionamento). Seus relacionamentos sociais e amorosos tendem a

ser superficiais e instáveis, e ela parece usar desses relacionamentos para atender as próprias necessidades (Intimidade). Os dados sugeriram ainda que ela tem dificuldade em tolerar perspectivas diferentes das dela e em entender os sentimentos e as necessidades dos outros (Empatia). Essas dificuldades são provavelmente decorrentes de intensas experiências emocionais negativas, tais como ansiedade, depressão, raiva e culpa, que a acometem com frequência (Afetividade Negativa). Ela tende a evitar experiências socioemocionais (Retraimento), pois parece não sentir prazer nessas atividades (Anedonia), além de se sentir sem valor (Tendência à Depressão) e de desconfiar das boas intenções dos outros (Desconfiança). Suas interações sociais, ainda que poucas, tendem a ser conflituosas, devido a comportamentos que tendem a afastar as pessoas, tais como se colocar acima dos outros, manipular as pessoas para conseguir o que quer e ser insensível às necessidades dos outros (Antagonismo). Seus comportamentos tendem a ser inconsequentes (Impulsividade), incluindo a falta de responsabilidade para com as coisas (Irresponsabilidade). Ela parece ser preocupada com a perfeição e tem padrões muito exigentes nas coisas que faz (Perfeccionismo Rígido), mas sem conseguir sucesso no que faz, pois tende a se distrair com facilidade (Distratibilidade).

Com esses casos, evidencia-se o quanto o modelo alternativo para os TPs do DSM-5 (APA, 2013) é clinicamente útil, uma vez que o perfil dos traços é bastante informativo e permite a planificação do tratamento considerando os conteúdos patológicos da personalidade. Esse modelo também permite distinguir níveis de severidade, como entre os casos 2 e 3. Ambos têm um TP, contudo, é notável que a patologia do caso 3 é mais severa. Com isso, é também possível delimitar com maior precisão o prognóstico do caso.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual: mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (APA). (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II* (2nd ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R* (3rd ed. revised.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. (4th ed.) Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

Bassett, A. S., & Beiser, M. (1991). DSM-III: Use of the Multiaxial Diagnostic System in Clinical Practice. Canadian Journal of Psychiatry. *Revue Canadienne de Psychiatrie, 36*(4), 270–274.

Bastiaansen, L., Fruyt, F. Rossi, G., Schotte, C., & Hofmans, J. (2013). Personality disorder dysfunction versus traits: structural and conceptual issues. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(4), 293-303.

Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., ... & De Hert, M. (2016). The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 personality disorders (PID-5) in a clinical sample. *Assessment, 23*(1), 42-51.

Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment, 93*(4), 332-346.

Bender, D. S., Skodol, A. E., First, M. B., & Oldham, J. M. (2016). Module I: Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale. In M. B. First, A. E. Skodol, D. S. Bender, & Oldham, J. M. *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-AMPD)*. New York, New York State Psychiatric Institute.

Berghuis, H., Hutsebaut, J., Kaasenbrood, A., Sanger, H., & Ingenhoven, T. (2014). The semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP): a Dutch interview for the assessment of DSM-5 levels of personality dysfunction. *ESSPD Newsletter, 3*(1), 4-6.

Berghuis, H., Kamphuis, J. H., & Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: differentiating general personality disfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 704-716.

Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Verheul, R., Larstone, R., & Livesley, J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of

personality disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*(6), 544-557.

Berrios, G. E. (2008). Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. A*rchives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 35*(3), 113-127.

Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2015). Reliability and Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Traits in a Danish Mixed Sample. *Journal of personality disorders, 30*(1), 1-18.

Clark, L. A., & Ro, E. (2014). Three-Pronged Assessment and Diagnosis of Personality Disorder and Its Consequences: Personality Functioning, Pathological Traits, and Psychosocial. Disability. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(1), 55-69.

Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2008). Personality Disorders. In S. H. Fatemi, & P. J. Clayton, *The Medical Basis of Psychiatry* (3rd ed., pp. 471-483). Totowa: Humana Press.

Cooper, J. (2001). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision). *The British Journal of Psychiatry*, *179*(1), 85.

De Clercq, B., De Fruyt, F., De Bolle, M., Van Hiel, A., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2014). The Hierarchical Structure and Construct Validity of the PID-5 Trait Measure in Adolescence. *Journal of personality*, *82*(2), 158-169.

De Fruyt, F., De Clercq, B., De Bolle, M., Wille, B., Markon, K., & Krueger, R. F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*, *20*(3), 295-307.

Few, L. R., Lynam, D. R., Maples, J. L., McKillop, J., & Miller, J. D. (2015). Comparing the utility of DSM-5 section II and III antisocial personality disorder diagnostic approaches for capturing psychopathic traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(1), 64-74.

Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. T., Collins, B., & MacKillop, J. (2013). Examination of the section III DSM-5 diagnostic system for personality disorder in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(4), 1057-1069.

Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, *20*(6), 689-708.

Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of abnormal psychology*, *122*(3), 816-821.

Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... & Krueger, R. F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, *24*(3), 326-336.

Henteschel, A. G., & Livesley, J. (2013a). Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Personality and Mental Health, 7*(2), 133-142.

Henteschel, A. G., & Livesley, J. (2013b). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): factor structure, incremental validity of self-pathology, and relations to DSM–IV personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, *95*(5), 479-485.

Hesse, M., & Thylstrup, B. (2014). Assessing the Levels of Personality Functioning Scale through a semi-structured interview: A Danish research project. *ESSPD Newsletter, 3*(1), 7-8.

Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(4), 355-362.

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 477-501.

Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour research and therapy*, *40*(5), 485-499.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, *42*(09), 1879-1890.

McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality 60*(2), 175-215.

McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*, *22*(3), 276-282.

Mezzich, J. E. (2002). International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology, 35*(2-3), 72-75.

Morey, L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment, 29*(10), 1302.

Morey, L. C., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2013). Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, severity indicator for personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease, 201*(9), 729-735.

Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice, 19*(3), 179-193.

Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality Disorders in DSM-5: Emerging Research on the Alternative Model. *Current psychiatry reports, 17*(4), 1-9.

Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011) Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment, 93*(4), 347-353.

Oliveira, S. E. S. (2016). *Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica.* Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment, 20*(3), 326-369.

Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., & Rolland, J. P. (2015). The Psychometric Properties of the French Version of the Personality Inventory for DSM-5. *PloS one*, *10*(7), e0133413.

Ruocco, A. C. (2005). Reevaluating the distinction between Axis I and Axis II disorders: The case of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *61*(12), 1509-1523.

Silk, R. K. (2005). Toward DSM-V: Questions and Controversies. In J. Reich (Ed.), *Personality Disorders: current research and treatments* (pp. 205-222). New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Sprock, J. (2015). DSM-III and DSM-III-R. In R. L. Cautin, & S. O. Lilienfeld. *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1–5). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of abnormal psychology*, *124*(2), 343-354.

Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment*, *20*(3), 308-311.

Widiger, T. A. (2012). Historical Developments and Current Issues. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 13-34). New York: Oxford University Press.

Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110-130.

Wright, A. G. C., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Personality Traits. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 951–957.

Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., ... & Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of personality disorders*, *28*(4), 518-540.

Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014). Assessing DSM–5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: a pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of Personality Assessment, 96*(4), 397-409.

Zimmermann, J., Böhnke, J. R., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K., & Leising, D. (2015). The latent structure of personality functioning: Investigating criterion a from the alternative model for personality disorders in Dsm-5. *Journal of abnormal psychology*, *124*(3), 532-548.

No DSM-III-R (APA, 1987) passou a se chamar TP obsessivo-compulsiva.

https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures

A versão brasileira do DSM-5 traduziu *perseveration* como “perseverança”. Contudo, na psicologia o termo tem sido traduzido como perseveração, dada a valência negativa do termo.

15

SISTEMAS CLASSIFICATÓRIOS DE AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE: CID, DSM E ESCALAS SEMIESTRUTURADAS DE PERSONALIDADE

Latife Yazigi
Maria Luiza M. Fiore
Luigi Abras Lorenzetti

CLASSIFICAÇÕES DE DOENÇAS MENTAIS

Na história da psiquiatria, o critério de agrupamento das doenças mentais tem oscilado entre as concepções categorial ou sintomatológica e dimensional ou desenvolvimentista. Essa alternância vem ocorrendo desde a época de Hipócrates de Cós (460 a.C.-370 a.C.).

No final do século XIX, com o avanço dos estudos em ciências naturais, surge na medicina uma maior preocupação em tentar compreender as doenças por meio de classificações de acordo com a localização dos órgãos afetados, da etiologia e/ou do desenvolvimento do curso da doença e da observação detalhista da anatomia patológica.

Emil Kraepelin (1856-1926), aluno de Wilhelm M. Wundt, um dos fundadores da psicologia moderna, foi chamado de "o pai da psiquiatria" porque contextualizou as doenças mentais em um enfoque mais "cientificista", a partir do modelo da medicina e das ciências naturais de sua época. Estabeleceu categorias diagnósticas nas quais cada doença mental constituía uma espécie, ou gênero, em si mesma. Ou seja, cada categoria de doença tinha um conjunto de sintomas e uma causa que poderia ser orgânica ou não. Entre suas categorias diagnósticas constavam as personalidades psicopáticas – delinquentes natos, instáveis, mentirosos e fraudadores mórbidos, pseudoquerelantes – e nevroses psicógenas. Estas, por sua vez, seriam a loucura histérica, a nevrose de susto e a nevrose da "esfera ansiosa".

Lembramos que o organicismo, anterior a Kraepelin, considerava a doença mental como cerebral, e, por isso, ela deveria ser identificada pela anatomia patológica. Porém, para o autor, a patologia mental poderia resultar de causas endógenas, cerebrais ou não, e de causas exógenas, que poderiam ser orgânicas, como as infecções, ou emotivas, como os traumas emocionais. Qualquer uma dessas causas só levaria à doença mental se incidisse sobre uma predisposição geral, às vezes entendida como hereditária ou congênita e, às vezes, como resultado de desvios no desenvolvimento psíquico da pessoa. Desse modo, Kraepelin propôs uma nosologia baseada na determinação das causas biológicas, orgânicas ou psicológicas e, como consequência, retirou a conotação moral da doença mental. Seu modelo classificatório organicista foi sofrendo várias modificações desde 1883 até 1915, ano da oitava e última edição de seu *Tratado de psiquiatria* (Pessotti, 1999, p.165).

Para Costa Pereira (2009), Kraepelin, ao longo de sua obra, incorporou os princípios propostos pelo psiquiatra Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), que reuniu as doenças mentais de acordo com seu curso, opondo-se ao agrupamento baseado nas semelhanças dos sintomas externos. Segundo os princípios de Kraepelin, uma classificação dos transtornos mentais deveria estar baseada não só na sintomatologia, mas também na evolução e no prognóstico de cada entidade clínica isolada, ou seja, sua nosografia era fundamentalmente categorial. Porém, Kraepelin, em um artigo de 1920, questiona esse modelo e reconhece que os estudos em psiquiatria clínica se mantinham centrados na descrição e na classificação dos sintomas e negligenciavam as relações internas dos processos patológicos. Kraepelin considerou, "(...) a noção de doença mental de forma dialética em relação à história e às características individuais dos pacientes, pressupondo a singularidade e o sujeito, enquanto tal, como referências indispensáveis para a compreensão das manifestações da psicopatologia" (Costa Pereira, 2009, p. 164). Eugen Bleuler (1857-1939) revisou a classificação de Kraepelin várias vezes, mas sua contribuição principal foi o conceito de esquizofrenia a partir da reformulação do conceito de demência precoce de Kraepelin. Bleuler destacou que o que distingue esse grupo de doenças

(esquizofrenia/demência precoce) não é a idade ou o avanço inexorável para a demência, mas, sim, uma psicopatologia particular composta pelos distúrbios da afetividade, ambivalência, autismo e perda de associações ou pelas articulações do pensamento. A cisão, ou fragmentação, das funções psicológicas resultaria em uma perda da unidade da personalidade (Fusar-Poli & Politi, 2008). Bleuler introduz conceitos psicodinâmicos na Psiquiatria de tal maneira que a demência e sua precocidade estariam na dependência de uma maior ou menor estruturação do eu e não seriam consideradas processos inevitáveis (Benedetti apud Pessotti, 1999).

A classificação de Bleuler, atualizada por seu filho, Manfred, 50 anos depois da criação do termo "esquizofrenia" (do alemão, *Skhizein*, ou separar, isolar, e *Phrenos*, ou mente, cérebro), não comporta quadros fechados com etiologia, sintomas e discursos específicos, mas grupos de doenças que têm como elemento comum um certo nexo com distúrbios somáticos ou com a constituição psicossomática. De acordo com Pessotti (1999), Bleuler inaugura uma nova psicopatologia que não mais considera a "loucura" como "um mosaico de quadros estáticos" (Pessotti, 1999, p.172).

A classificação de Bleuler contém quatro grandes grupos de doenças mentais, entre os quais estão os distúrbios de personalidade:

> (...) (1) distúrbios mentais estreitamente conexos a doenças somáticas (por exemplo, psicoses sifilíticas, toxicomanias); (2) distúrbios mentais endógenos: esquizofrenia e psicose maníaco depressiva; (3) reações patológicas: síndromes histéricas, quadros clínicos psicorreativos; (4) distúrbios da personalidade em relação às suas variantes congênitas: (a) psicopatias (personalidade psicopática), que se subdividem em psicopatias marcadas por relações de patologia constitucional com as psicoses endógenas e aberrações éticas permanentes; e (b) oligofrenias, estados deficitários congênitos e precocemente adquiridos (Pessotti, 1999, p.170-71).

Manfred Bleuler (1903-1967) deixa clara sua posição quanto ao conceito de doença mental no seguinte trecho de seu tratado: "As subdivisões das doenças com base nas causas ou nos quadros de manifestações não coincidem. Também o prognóstico e a terapia não dependem apenas das causas e dos sintomas patológicos, mas também da personalidade atingida" (Bleuler apud Pessotti, 1999, p.174).

Após duas guerras mundiais, com a mudança da capital cultural da Europa, em Paris, para a América, em Nova York, e com a criação da Organização Mundial da Saúde, surge a preocupação em se compreender a distribuição mundial e os fatores de risco associados a cada enfermidade. As considerações não mais se restringem a doenças infecciosas e parasitárias como nos séculos anteriores.

No século XVIII, William Cullen (1710-1790), médico escocês, organiza uma classificação, adotada nos Registos Centrais da Inglaterra, para a definição das causas de óbito. Essa classificação foi empregada, no século seguinte, por William Farr (1807-1883), médico sanitarista inglês, a fim de mostrar que a epidemia de cólera estava associada a regiões onde a água estaria infectada. Desde então, a importância de uma classificação consensual tornou-se evidente, levando a várias reuniões internacionais sobre o assunto. O I Congresso Internacional de Estatística ligado à Saúde é realizado em Bruxelas, em 1853, e o próprio Farr foi encarregado de organizar uma lista sobre as causas de morte. Em 1855, seria apresentada essa lista, que

incluía cinco grupos de doenças: epidêmicas, constitucionais, localizadas, do desenvolvimento e resultantes de violência (Pio-Abreu, 2013).

Embora não fosse universalmente aceita, essa lista passa a ser revista a cada 10 anos. Em 1891, em um encontro do Instituto Internacional de Estatística, em Viena, o médico francês, Jacques Bertillon (1851-1922), chefe dos Serviços de Estatística da cidade de Paris, apresentou uma lista que era a síntese das classificações germânica, suíça e inglesa, na qual se distinguiam as doenças gerais das doenças localizadas em certos órgãos ou em localizações anatômicas, conforme as indicações de Farr. Essa lista foi, posteriormente, aceita por vários países da Europa e da América, constituindo a 1ª edição da *Classificação internacional das causas de morte*, também conhecida por "Classificação Bertillon" (Pio-Abreu, 2013). Assim, inicia-se a primeira classificação internacional de doenças (CID).

A inclusão das morbidades que não levassem à morte foi estabelecida em Paris, na Conferência Internacional para a sexta revisão da lista internacional (CID 6), em 1946, e que resultou na *Classificação estatística internacional das doenças, traumatismos e causas de morte*. Essa classificação foi aprovada na primeira assembleia mundial de saúde, em 1948, data da publicação do *Manual da organização mundial de saúde*. Nessa revisão, foi incluída pela primeira vez a lista das doenças mentais na classificação internacional de doenças.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

A partir da segunda metade do século XX, as classificações das doenças mentais foram se tornando cada vez mais "administrativas", sem preocupação de embasamento teórico e voltadas para uma descrição sintomatológica que pudesse ser compartilhada por várias culturas (Pessotti, 1999).

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), da American Psychiatric Association (APA), foi construído para definir uma nomenclatura comum e critérios diagnósticos padronizados a fim de estabelecer uma classificação mais consistente das doenças mentais. O objetivo era o de que essa classificação facilitasse tanto o diagnóstico clínico de cada indivíduo quanto a pesquisa de levantamento epidemiológico e as pesquisas sobre terapêuticas.

O DSM-I teve sua primeira edição em 1952. Um comitê coordenado pelo psiquiatra William C. Menninger (1899-1966) propôs um esquema de classificação dos distúrbios mentais buscando divulgar os conceitos da época. A proposta era catalogar cada problema psíquico que as pessoas experienciavam a fim de servir como um guia para psiquiatras. Desse modo, os sintomas seriam agrupados de acordo com as doenças, facilitando a sua identificação e o seu tratamento. O comitê foi composto por um grupo de profissionais do exército e da marinha dos Estados Unidos ligado ao hospital da organização dos veteranos de guerra (*Veterans Administration*). O DSM-I listava 106 distúrbios mentais, entre eles distúrbios psicóticos, psiconeuróticos e da personalidade (distúrbios do tipo de personalidade, dos traços de personalidade, da personalidade do tipo sociopático e transitórios da personalidade reativa às situações ambientais). Essa classificação vinha acompanhada de um glossário que permitia traduzir seus termos pelos correlatos do código internacional de doenças, o CID, da Organização Mundial da Saúde.

O DSM-II foi publicado em 1968 e continha 182 distúrbios mentais arrolados. Embora semelhante ao DSM-I, contemplava também informações de caráter sociológico além de biológico. Nele, a descrição do subgrupo "desvios sexuais" é mais detalhada e estabelece o padrão de normalidade – a heterossexualidade. Em seguida, são descritos os desvios – homossexualidade, fetichismo, pedofilia, travestismo, exibicionismo, voyeurismo, sadismo, masoquismo e outros não especificados. São dessa época os grandes movimentos norte-americanos pelos direitos dos homossexuais e um dos alvos dos ativistas foram os encontros anuais da APA. Entre a conferência de 1972 e a seguinte, ocorreu o encontro de Robert Spitzer (1932-2015), da Universidade de Columbia, com uma das lideranças do movimento homossexual. Spitzer fazia parte do grupo de psiquiatras neokraepelianos que se opunham à visão psicanalítica do homossexualismo e que tinham como objetivo trazer a psiquiatria de volta à medicina *stricto sensu*. Spitzer e seu grupo apresentaram uma proposta para a retirada do diagnóstico de homossexualidade do DSM, o que acabou ocorrendo em dezembro de 1973 com a sua substituição pelo diagnóstico de transtorno de orientação sexual, descrito como um tipo de comportamento sexual (Russo & Venâncio, 2006). Assim, no DSM-II, a homossexualidade, antes classificada como distúrbio da personalidade de tipo sociopático-desvios sexuais, não mais fazia parte dos distúrbios mentais.

A partir de sua atuação como mediador no conflito com movimentos sociais, Spitzer coordenou a força tarefa do DSM-III, em 1974, cuja proposta é tornar a nomenclatura do DSM mais de acordo com a do CID. O objetivo era melhorar a uniformidade e a validade dos diagnósticos psiquiátricos mediante as críticas que vinham recebendo e também padronizar as

práticas diagnósticas nos Estados Unidos em relação a outros países. As pesquisas mostravam diferenças acentuadas entre a Europa e os Estados Unidos. Assim, um novo sistema multiaxial foi elaborado e foram criados eixos, entre eles o Eixo II, que contemplou os transtornos da personalidade. Foi nessa ocasião que o conceito de neurose foi excluído. O DSM-III era composto, inicialmente, por 265 categorias diagnósticas, mas, em 1987, foi publicada uma revisão, o DSM-III-R, e nela algumas categorias foram renomeadas e mudanças significativas nos critérios foram realizadas, resultando em 292 categorias diagnósticas.

A nova versão do DSM-III-R, iniciada em 1974, foi publicada na década de 1980 e representou uma ruptura com a hegemonia psicanalítica no que diz respeito à compreensão e ao tratamento da doença mental. Foi divulgada como um manual ateórico que seguia princípios de testabilidade e verificação. Cada transtorno tinha critérios empíricos acessíveis à observação e à mensuração (Pessotti, 1999, p 184). De acordo com Russo e Venâncio (2006), o DSM-III transformou-se em uma espécie de "bíblia psiquiátrica": "Em vez de uma nomenclatura doméstica, pretendia ser uma classificação ateórica, neutra e generalizável para todos os tempos e lugares e, na prática, levou à globalização da psiquiatria norte-americana" (Russo & Venâncio, 2006, p. 465).

Em 1994, surge o DSM-IV com 297 transtornos. Sua força tarefa foi coordenada por Allen Frances (1942-), da Universidade de Duke, e composta por com um comitê de 27 pessoas, com a participação de quatro psicólogos. A grande mudança em relação às versões anteriores foi a inclusão dos critérios clínicos nas áreas de funcionamentos relacional, social, ocupacional e laboral. Em 2000, ocorreu uma revisão, o DSM-IV-TR, editada por Michael First (1956-), da Universidade de Columbia, mas sem grandes alterações em relação à anterior, a não ser quanto à atualização das informações em cada diagnóstico, buscando manter a coerência com o CID. Persiste a organização em eixos em cinco dimensões relacionadas com diferentes aspectos dos transtornos.

Assim, o Eixo I é relacionado a transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica, como transtornos diagnosticados pela primeira vez na infância e adolescência, transtornos somatoformes, transtornos alimentares, transtornos do sono, uso abusivo de substâncias e outros transtornos mentais maiores. O Eixo II é relacionado a transtornos da personalidade, retardo mental e outros aspectos mal-adaptativos da personalidade. O Eixo III é relacionado a condições médicas gerais. O Eixo IV é relacionado a fatores psicossociais e ambientais que contribuem para o transtorno e, por último, o Eixo V é relacionado à avaliação global do funcionamento.

Na edição de 2000 do DSM-IV, cada categoria de distúrbio mental não mais correspondia a uma entidade com limites nítidos que isolava os distúrbios entre si ou entre si e a normalidade. O conceito teórico que presidia a nova ordenação era o de distúrbio mental, caracterizado como uma síndrome ou um modelo comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que se apresenta em um indivíduo e é associado a desconforto, incapacidade, dor ou aumento significativo do risco de morte ou limitação de sua liberdade (APA, 2015). Diante dessa definição ampla, que inclui efeitos colaterais farmacológicos, como tremor postural ou intoxicação por substâncias diversas, o campo da doença mental se estende e se identifica muito pouco com as concepções teóricas tradicionais de "loucura" como comprometimento da racionalidade ou descontrole dos impulsos ou da vontade individual (Pessotti, 1999).

Atualmente, a proposta não é mais a forma do distúrbio que deve ser tratado pelo psiquiatra,

> mas a possibilidade de determinadas queixas serem tratadas é o que define o distúrbio mental (Pessotti, 1999, p. 184).

As Entrevistas Clínicas Diagnósticas Estruturadas foram desenvolvidas a partir do DSM-III em duas modalidades, a SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-III, Axis I), para os transtornos clínicos psiquiátricos do Eixo I, e a SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III, Axis II), para os transtornos da personalidade do Eixo II. Ambas foram traduzidas e validadas para o português por Del-Ben, Rodrigues e Zuardi (1996) e, mais tarde, por Del-Ben, Vilela, Crippa, Hallak, Labate e Zuardi (2001) e continuaram válidas para o DSM-IV.

Iniciou-se o processo de revisão do DSM em uma discussão entre Steven Hyman, diretor do National Institute of Mental Health (NIMH), Steven M. Mirin, diretor da APA, e David J. Kupfer, coordenador da American Psychiatric Association Committee on Psychiatric Diagnosis and Assessment, em 1999. No mesmo ano, foi realizada uma Conferência de Planejamento de Pesquisa para o DSM-5. Sob a tutela do comitê, 13 conferências foram realizadas entre 2004 e 2008, conferências de caráter global, com 397 participantes. Nessas conferências, os participantes elaboraram artigos apontando questões específicas de diagnósticos baseadas em revisão da literatura. A partir desses trabalhos e do andamento das conferências, uma agenda de pesquisa foi desenvolvida.

De 2007 a 2012 ocorreram encontros e teleconferências entre membros de grupos participantes no desenvolvimento do DSM-5. Foram então identificados os pontos fracos e fortes do DSM-IV-TR, a partir dos quais foram feitas indagações e criadas hipóteses seguidas de extensa investigação e revisão da literatura, além de análise de dados existentes. Foi então desenvolvido um esboço dos critérios diagnósticos do DSM-5, e sua versão final e aprovada foi lançada em maio de 2013, no encontro anual da APA, na Filadélfia.

A ideia era a de que o DSM-5 fosse um livro-texto para estudantes e, por meio de uma reorganização lógica, teria por objetivo estabelecer a estrutura empírica dos transtornos, harmonizando a classificação com o CID-10 e o CID-11, como segue:

> (...) uma avaliação objetiva das apresentações de sintomas em diversos contextos clínicos – internação, ambulatório, hospital-dia, consultoria (interconsulta) clínica, consultório particular e atenção primária – bem como em estudos epidemiológicos de base comunitária sobre transtornos mentais. É, também, instrumento para a coleta e a comunicação precisa de estatísticas de saúde pública sobre taxas de morbidade e mortalidade dos transtornos mentais (APA, 2015, p. 42).

Essa classificação, embora continue categorial, leva em conta que os transtornos mentais, na maioria das vezes, não se encaixam em uma única categoria. Assim, os transtornos foram revisados e reordenados com o intuito de estimular novas perspectivas clínicas correspondentes à organização de transtornos planejada para o CID-11. A proposta inicial era reduzir os problemas de comorbidade presentes nos diagnósticos anteriores e substituir a metodologia categórica pela dimensional (Morey, Berghuis, Bender, Verheul, Krueger, & Skodol, 2011). Isso foi em parte alcançado, como se vê nas seguintes mudanças:

1. Os capítulos refletem melhor uma abordagem cronológica do ciclo vital. Os transtornos na infância estão no começo do manual, e os da idade avançada, no final.

2. Foram acrescidos os achados científicos das pesquisas mais recentes em genética e neuroimagem.
3. Foi criado o termo “transtorno do espectro autista”, decorrente da fusão de transtorno autista, transtorno de Asperger e transtorno global do desenvolvimento. Isso porque os sintomas desses transtornos representam um *continuum* de prejuízos com intensidades diferentes nas áreas de comunicação social e de comportamentos restritos e repetitivos.
4. Racionalizaram-se os transtornos bipolares e depressivos de tal maneira que as definições de episódios depressivo maior, maníaco e hipomaníaco não estão mais separadas das definições de transtorno bipolar I e II e transtorno depressivo maior. Essa mudança é vista como facilitadora do diagnóstico e do tratamento desses transtornos. No manual, na forma de notas explicativas, estão descritas as diferenças entre luto e transtornos depressivos maiores.
5. As categorias de abuso e dependência de substâncias foram substituídas por categorias mais abrangentes de transtornos por uso de substâncias.
6. Criou-se maior especificidade para transtornos neurocognitivos maiores e leves com a intenção de transmitir os recentes avanços nas áreas de neurociência, neuropsicologia e neuroimagem.
7. Construiu-se o modelo “híbrido” alternativo na Seção III, com o intuito de orientar novas pesquisas na área de transtornos da personalidade, separando avaliações de funcionamento interpessoal e a expressão de traços de personalidade patológicos para seis transtornos específicos. Apesar de ser identificada a necessidade de uma abordagem dimensional para esses transtornos, não houve consenso para uma classificação com uma distribuição relativa de traços de personalidade. Portanto, mantiveram-se os transtornos da personalidade categóricos na Seção II.
8. A Seção III foi ampliada para destacar transtornos que exigem mais estudos e que ainda não estão suficientemente desenvolvidos para constar na classificação oficial. Foram incorporadas medidas dimensionais de gravidade de sintomas em 13 domínios de sintomas com a finalidade de permitir a mensuração de diferentes níveis de gravidade em todos os grupos diagnósticos. Foi adotado também um novo método padronizado para a avaliação de níveis globais de incapacidade para transtornos mentais, a Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde (WHODAS), em substituição à escala mais limitada de Avaliação Global de Funcionamento.

Na Seção II do manual são apresentados os critérios diagnósticos e os códigos de acordo com uma divisão em cinco *metaclusters*: (1) neurodesenvolvimento, (2) emocional, (3) somático, (4) externalização, (5) neurocognitivo e outros transtornos. Como segue:

1. *Metacluster* do neurodesenvolvimento inclui:
   a. Transtornos do neurodesenvolvimento: transtorno do desenvolvimento intelectual (ênfase no funcionamento adaptativo e no QI baixo); transtornos da comunicação (p. ex., prejuízo da linguagem, transtorno da comunicação social); transtorno específico da aprendizagem (p ex., dislexia); transtornos motores (p. ex., Tourette); transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH); transtorno do espectro autista.
   b. Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos: esquizofrenia; transtorno esquizofreniforme; transtorno psicótico breve; transtorno delirante; transtorno esquizoafetivo; síndrome psicótica atenuada; transtorno de personalidade esquizotípica.

2. *Metacluster* emocional comporta:
    a. Transtorno bipolar e transtornos relacionados: transtorno bipolar tipo I; transtorno bipolar tipo II; transtorno ciclotímico.
    b. Transtornos depressivos: transtorno disruptivo da desregulação do humor; transtorno depressivo maior; transtorno depressivo persistente (distimia); transtorno disfórico pré-menstrual, mescla de ansiedade e depressão.
    c. Transtornos de ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade de separação; transtorno de pânico; agorafobia; fobia específica; transtorno de ansiedade social.
    d. Transtornos relacionados a trauma e a estressores: transtorno de estresse agudo e transtorno de adaptação.
    e. Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados: transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno dismórfico corporal; transtorno de acumulação; tricotilomania (transtorno do arrancar o cabelo); transtorno de conduta autolesiva ou dermatilomania.
    f. Transtornos dissociativos: amnésia dissociativa; transtorno de despersonalização/desrealização.
3. *Metacluster* somático envolve:
    a. Transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados: transtorno de sintomas somáticos; transtorno de ansiedade de doença.
    b. Transtornos alimentares: transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo; anorexia nervosa; bulimia nervosa; transtorno de compulsão alimentar; transtorno purgativo; síndrome do comer noturno.
    c. Transtornos da eliminação: enurese; encoprese.
    d. Transtornos do sono-vigília: transtorno comportamental do sono REM; síndrome de Klein Levin; síndrome das pernas inquietas; transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano.
    e. Disfunções sexuais: transtorno erétil; transtorno do orgasmo feminino; ejaculação prematura (precoce); transtorno do desejo sexual masculino hipoativo; transtorno do interesse/excitação feminino; transtorno da dor gênito-pélvica/penetração.
    f. Disforia de gênero: transtorno de identidade de gênero; disforia de gênero em crianças e em adolescentes.
4. *Metacluster* de externalização abrange:
    a. Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta: transtorno de oposição desafiante; piromania; cleptomania; transtorno explosivo intermitente; transtorno da conduta; transtorno da personalidade antissocial e dissocial.
    b. Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos: transtorno por uso de substâncias; intoxicação de substância; abstinência de substância; transtorno de adição, transtorno do jogo.
5. *Metacluster* neurocognitivo abarca:
    a. Transtornos neurocognitivos: *delirium* (especificado pela etiologia); transtornos neurocognitivos maiores ou leves (Alzheimer, Huntington).
6. *Metacluster* – outros transtornos:
    a. Transtornos da personalidade.
    b. Transtornos parafílicos: transtorno exibicionista; transtorno fetichista; transtorno frotteurista; transtorno pedofílico; transtorno do masoquismo sexual; transtorno do sadismo sexual; transtorno transvéstico; transtorno voyeurista.

c. Outros transtornos mentais: autoferimento não suicida; transtorno factício.

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

O presente capítulo dará mais atenção aos transtornos da personalidade apresentados no DSM-5. No manual, a seção que apresenta os transtornos da personalidade é iniciada com a seguinte definição geral:

> Um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo (APA, 2015, p. 684).

Esse grupo de transtornos é discutido no DSM-5 tanto na Seção II, dedicada aos critérios diagnósticos e códigos atualizados, quanto na Seção III, destinada ao estudo e desenvolvimento de instrumentos de avaliação e modelos em pesquisa. Nessa versão, 10 transtornos são descritos na Seção II e seis na Seção III.

Na Seção II, os 10 transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos de acordo com as semelhanças descritivas:

> **Grupo A:** indivíduos que parecem esquisitos ou excêntricos: transtorno da personalidade paranoide, transtorno da personalidade esquizoide e transtorno da personalidade esquizotípica.
>
> **Grupo B:** indivíduos dramáticos, emotivos ou erráticos: transtorno da personalidade antissocial; transtorno da personalidade *borderline*; transtorno da personalidade histriônica; transtorno da personalidade narcisista.
>
> **Grupo C:** indivíduos ansiosos e medrosos: transtorno da personalidade evitativa; transtorno da personalidade dependente; transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Ainda existem três outras categorias quando estão presentes vários traços de transtornos da personalidade por outras causas, como:

- mudança de personalidade devido a outra condição médica (p. ex., lesão do lobo frontal);
- outro transtorno da personalidade especificado, como quando o indivíduo apresenta um transtorno da personalidade que não faz parte da atual classificação, como o transtorno da personalidade passivo-agressivo;
- transtorno da personalidade não especificado quando existem vários traços de transtorno da personalidade de transtornos distintos.

Porém, os autores, liderados por Andrew Skodol, salientam que essa classificação da personalidade "apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validada" (APA, 2015, p. 685). Essa versão ainda mantém a perspectiva categórica, em que cada síndrome clínica é diferente da outra. A perspectiva dimensional, em que cada grupo – esquisito-excêntrico, dramático-emotivo, ansioso-medroso – é compreendido como um *continuum* no espectro de disfunção da personalidade, está em desenvolvimento e pode ser vista na Seção III.

Em cada categoria devem ser examinados, além dos traços de personalidade, o desenvolvimento e o curso do transtorno; as questões culturais (os transtornos da personalidade não devem ser confundidos com problemas relacionados a imigração, ou hábitos religiosos, por exemplo); questões relativas ao gênero (p. ex., são mais frequentes os diagnósticos de *borderline* em mulheres, e deve-se tomar cuidado com os estereótipos para não subdiagnosticar). O diagnóstico diferencial deve ser feito, pois vários sintomas, como depressão, desconfiança e ansiedade, também são descritos em outros transtornos mentais. Portanto, deve-se diferenciar transtornos da personalidade de transtornos mentais persistentes. Por exemplo, quando existe uso de substância por parte do indivíduo, deve-se ter cuidado para discriminar os comportamentos que podem decorrer da intoxicação ou da abstinência da droga.

Modelos alternativos de classificação dos transtornos da personalidade

Nesta seção, serão referidos os modelos dimensionais alternativos e atuais dos transtornos da personalidade (Samuel & Widiger, 2008; Widiger & Trull, 2007). Um exemplo é o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (Watson, Clark, & Harkness, 1994; Widiger & Simonsen, 2005) para o DSM-5. A intenção é alcançar uma maior aproximação com a clínica psiquiátrica contemporânea e apresentar uma nova abordagem dos transtornos da personalidade ao utilizar medidas dimensionais simples que reduzem marcadamente a comorbidade e/ou a heterogeneidade.

Serão considerados seis transtornos da personalidade específicos (antissocial, esquiva, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsivo e esquizotípico), avaliados de acordo com os seguintes cinco critérios da Seção III do DSM-5, que está em estudo.

1. Critério A – envolve prejuízos do funcionamento do *self* (da noção de si mesmo, da própria identidade e de autodirecionamento) e da relação interpessoal (empatia e intimidade) que acompanhariam cada transtorno.
2. Critério B – é uma constelação dos traços patológicos de personalidade descritos em cada do transtorno.
3. Critério C – refere-se à estabilidade com o tempo e situações.
4. Critério D – relacionado à identificação de características de personalidade culturais ou desenvolvimentais normativas da patologia clínica.
5. Critério E, F e G – buscam eliminar causas médicas ou relacionadas ao uso de substâncias, a um estágio do desenvolvimento (p. ex., velhice) ou ao ambiente sociocultural.

Todas as características dos Critérios A e B devem ser preenchidas para definir um diagnóstico, o que representa uma mudança em relação aos critérios múltiplos usados no DSM-IV. Assim, um paciente com uma patologia de personalidade que não se insere em pelo menos uma das seis categorias diagnósticas seria classificado segundo o diagnóstico “transtorno da personalidade – traço específico”.

O Critério A deve envolver déficits gerais do funcionamento do *self* e da relação interpessoal. O Critério B deve conter uma lista dos traços de patologia de um modelo hierárquico composto pelos cinco maiores domínios de ordem superior, ou seja, afetividade negativa, distanciamento, desinibição, antagonismo e psicoticismo, que, por sua vez, incluem 25 traços ou facetas de ordem inferior. Esses traços podem também ser usados para ampliar a descrição dos pacientes

que preenchem os critérios para outro transtorno da personalidade quando não forem listados no Critério B de um transtorno. Os Critérios C-E devem permanecer os mesmos.

Os traços para essa medida foram baseados em extensa literatura, mostrando uma forte associação entre quatro fatores de ordem superior do Modelo dos Cinco Grandes Fatores (Samuel & Widiger, 2008; Widiger & Trull, 2007) e modelos semelhantes (Watson et al., 1994; Widiger & Simonsen, 2005) com patologias da personalidade: introversão (semelhante ao afastamento), antagonismo, desregulamento emocional (emocionalidade negativa) e impulsividade (desinibição).

O modelo de traço do DSM-5 é baseado em traços e patologias conhecidos e aceitos e que fornecem uma ordem superior (principais características) de estrutura na qual se encaixam um número de traços de ordem inferior (características secundárias). Itens foram descritos para esses traços e aplicados a uma ampla amostra comunitária voltada à busca de tratamentos, em um processo empírico que culminou com a criação do Personality Inventory for DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2013) – instrumento de avaliação que operacionaliza esse modelo proposto.

Em paralelo, Hopwood, Thomas, Markon, Wright e Krueger (2012) realizaram um estudo para avaliar a continuidade dos modelos do DSM–IV-TR e DSM-5 e a validade da proposta do DSM-5 que combina sintomas da patologia da personalidade (Critério B) com traços desadaptados (Critério A) na derivação de diagnósticos “híbridos” dos transtornos da personalidade. Assim, o foco da mudança entre DSM-IV-TR e DSM-5 foi a ligação entre os traços patológicos propostos pelo DSM-5 e os transtornos da personalidade propostos pelo DSM-IV-TR. A questão de como os traços de personalidade do DSM-5 e os transtornos da personalidade do DSM-IV-TR se relacionam é importante. Enquanto o DSM-5 tem o potencial para prover uma tão necessária revisão ou exame do sistema problemático do DSM-IV-TR, é importante que a informação clínica útil, fornecida pelo DSM-IV-TR, não se perca nessa transição.

O segundo foco do estudo de Hopwood e colaboradores (2012) foi a validade do aspecto híbrido da proposta do DSM-5 para o diagnóstico dos transtornos da personalidade. O Critério A para cada um dos seis transtornos da personalidade envolve disfunção da personalidade como problemas com identidade, autodireção, empatia e intimidade. Esse elemento de diagnóstico híbrido é análogo à definição geral de transtorno da personalidade do DSM-IV-TR, porém, diferentemente, o DSM-5 quantifica-o e descreve-o com mais detalhes. O Critério B lista os traços que definem o transtorno e que são análogos aos critérios de transtorno da personalidade do DSM-IV-TR na indicação de características específicas de vários constructos diagnósticos. Porém, diferentemente do DSM-IV-TR, o foco da nova classificação está nos elementos dos traços que se encaixam em um modelo válido estrutural e pode, assim, ser usado também para descrever pacientes apesar de sua posição em qualquer outro transtorno da personalidade.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A experiência clínica e de pesquisa mostra a necessidade cada vez maior de se desenvolver uma abordagem dimensional do conjunto de diagnósticos, ou seja, uma combinação maior entre o diagnóstico categorial e dimensional. Isso levaria à inclusão das variações individuais. Não seria só uma abordagem da presença ou não do transtorno, mas também uma avaliação do grau de gravidade dos sintomas. A abordagem dimensional depende basicamente do relato subjetivo da experiência emocional de cada indivíduo. Para isso, são desenvolvidas as escalas transversais para a avaliação de sintomas em medicina. Essas escalas apresentam dois níveis com uma versão para adultos e outra para crianças e adolescentes. O nível 1 corresponde a um breve levantamento de 13 domínios de sintomas (depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, distúrbios do sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substâncias), e o nível 2 corresponde ao aprofundamento de determinados domínios (APA, 2015, p. 771). Essas escalas devem ser preenchidas em intervalos regulares de acordo com o processo de tratamento. Porém, é o julgamento clínico que sempre deve guiar a decisão (APA, 2015, p. 772).

Na mesma Seção III do DSM-5, encontra-se a versão para adulto da Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS 2.0), que é autoaplicável e avalia seis domínios: compreensão, comunicação, mobilidade, cuidado pessoal, relação com as pessoas e atividades da vida diária.

Quanto à formulação cultural, é apresentada uma entrevista semiestruturada com 16 itens para obter informações sobre o impacto cultural nos aspectos da apresentação clínica do indivíduo considerados relevantes para a avaliação diagnóstica. Na introdução da seção, é reafirmada a importância de conhecer a identidade cultural, étnica e racial do indivíduo, para se ter uma noção dos conflitos psicológicos interpessoais e intergeracionais ou dificuldades de adaptação, além da possibilidade de apoio grupal (APA, 2015, p.786-7).

Carvalho, Bartholomeu e Silva (2010) ressaltam que na literatura internacional os instrumentos mais utilizados para a avaliação dos transtornos da personalidade são:

1. **Inventário Multifásico de Personalidade – 2 (MMPI-2)**: instrumento de autorrelato composto de 567 itens para avaliação da personalidade e dinâmicas psicopatológicas.
2. **Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)**: instrumento de autorrelato, com 175 itens, construído para avaliação e diagnóstico dos transtornos dos Eixos I e II do DSM.
3. **Procedimento de Avaliação Shedler-Westen 200 (SWAP-200)**: procedimento psicométrico realizado pelo clínico para acessar o funcionamento da personalidade.
4. **Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo II – DSM (SCID-II)**.
5. **Escala Hare PCL-R: critérios para pontuação de psicopatia – revisados (PCL-R)**: lista composta de 20 itens específica para o transtorno da personalidade antissocial e uma avaliação realizada pelo clínico.
6. **Exame de Rorschach**: instrumento projetivo que se baseia nas interpretações realizadas por meio das respostas do indivíduo em 10 pranchas com manchas de tintas simétricas. Não é específico para os transtornos da personalidade (Carvalho et al., 2010, p. 291-92).

Os mesmos autores salientam que a aplicação de instrumentos diagnósticos é útil não somente para a avaliação diagnóstica, mas também para o seguimento do processo terapêutico. Seria um instrumento complementar às observações do clínico e útil na pesquisa. Estudos internacionais apontam para uma prevalência de 10-13,4% dos transtornos da personalidade na população geral e 30-50% de prevalência em pacientes de ambulatórios de saúde mental (Carvalho et al., 2010).

O DSM-5 permite que profissionais de diferentes serviços de distintos países utilizem uma mesma linguagem, facilitando a comunicação entre os diversos centros de estudo e entre as diferentes especialidades e áreas do conhecimento. Essa padronização permite, ainda, que os profissionais possam esperar que indivíduos que apresentem traços de personalidade semelhantes e/ou os mesmos transtornos tenham comportamentos semelhantes, o que orientaria a escolha do tratamento mais adequado.

Araújo e Lotufo (2014) alertam para o fato de que as entrevistas do DSM devem ser utilizadas somente por profissionais treinados e com experiência clínica e conhecimento psicopatológico, ou seja, habilitados para fazer seu uso. Caso contrário, se for usado somente como um *checklist* e por indivíduos inexperientes ou inabilitados, poderá apresentar uma taxa de falsos positivos elevada.

As alterações feitas no DSM-5 geraram polêmicas entre especialistas da área. A principal crítica da nova versão do manual norte-americano é de que as alterações realizadas e a nova classificação apresentada foram pouco criteriosas, o que levou ao aumento do número de indivíduos diagnosticados como portadores de algum transtorno mental. Os autores do manual justificaram afirmando que as modificações apresentadas foram baseadas em evidências científicas existentes no momento, além de exaustivamente avaliadas em estudos de campo, buscando-se sempre sua validade, confiabilidade e real utilidade (Araújo & Lotufo, 2014).

Em um estudo sobre o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade para o DSM-5, PID-5, em pacientes psiquiátricos diagnosticados pela SCID-II, Yazigi, Fiore, Carvalho e Lorenzetti (2014), encontrou-se que, entre os *clusters* analisados, o *Cluster* A foi o que pode diferenciar com maior clareza os perfis de indivíduos com e sem diagnóstico, tanto pelo valor da significância encontrada quanto pela diferença entre as médias de cada domínio do PID-5, sendo os valores encontrados do *d* de Cohen nos domínios 1, 2 e 5 os maiores entre os três *clusters*. Tais resultados confirmam que as características dos pacientes do *Cluster* A são de maior comprometimento psíquico.

O *Cluster* B, apesar de não alcançar dados estatísticos significativos, apresentou um *d* de Cohen moderado no domínio 5 ou psicoticismo, revelando que o PID-5 diferencia predominantemente esse traço no *Cluster* B. Tais resultados corroboram as características desse grupo de pacientes de predominância da instabilidade, das flutuações em que, a cada momento, um traço emerge nos moldes de um caleidoscópio e também as associações de comorbidade nos diagnósticos.

O *Cluster* C, assim como o A, apresentou significância relevante e foi o único que apresentou valores de diferença entre as médias em todos os domínios do PID-5, variando de moderado a alto.

Podemos concluir, assim, que após as análises realizadas o PID-5 identifica pacientes com transtorno da personalidade nos *Cluster* A e C, diferenciando os pacientes com e sem um diagnóstico, apresentando nível de significância adequado em ambos. Já no *Cluster* B, mesmo não tendo essa capacidade quando analisado como um todo, um de seus domínios, psicoticismo,

foi capaz de identificar essa diferença de perfis. Assim, o PID-5 mostrou ser um instrumento válido para ser utilizado em pessoas com problemas psíquicos em nosso meio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As perturbações mentais que o homem sofre foram reconhecidas desde o início da história da humanidade. Suas expressões são universais e estão presentes em várias culturas. Porém, a forma de apreendê-las, abordá-las e considerá-las tem sofrido alterações. Os modelos classificatórios correspondem a uma maneira de se aproximar de determinados fenômenos que necessitam de uma maior compreensão. A inter-relação entre tipos de personalidade e transtornos mentais continua em constante estudo, na tentativa de maior aproximação com o observado na prática clínica, respeitando, entre outras diferenças, as de sexo, fases da vida e contextos culturais. Assim, na atualidade, a pesquisa está mais voltada para a complexidade das dimensões dos aspectos da personalidade em um *continuum* do que para uma tipologia específica de acordo com alguma teoria de personalidade determinada *a priori*.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (APA). (2015). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM* 5 (5a ed.). Porto Alegre: Artmed, pp.976.

Araújo, A..C, & Lotufo, F., Neto. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, *16*(1), 67-82.

Carvalho, L.F., Bartholomeu, D., Silva, M.C.R. (2010) Instrumentos para avaliação dos transtornos da personalidade no Brasil. *Avaliação Psicológica*, *9*(2), 289-298.

Costa Pereira, M.E. (2009) Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. 12*(1), 161-66.

Del-Ben, C. M., Rodrigues, C. R. C., & Zuardi, A. W. (1996). Reliability of the Portuguese version of the structured clinical interview for DSM-III-R in a Brazilian sample of psychiatric outpatients. *Brazilian Journal of Medical Research*, 29(12), 1675-1682.

Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. de S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(6), 156-159.

Fusar-Poli, P., & Politi, P.L. (2008). Paul Eugen Bleuler and the birth of Schizophrenia (1908). *Am J Psychiatry, 165*(11), 1407.

Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM–IV personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, *121*(2), 424.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5*. Recuperado de: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Full-Version-Adult.pdf

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, *42*(9), 1879-1890.

Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011).Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, *93*(4), 347-353.

Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed.34.

Pio-Abreu, J.L. (2013). Psicopatologia e Classificação em Psiquiatria. *Revista Debates em Psiquiatria*, *3*(1), 6-15.

Russo, J, & Venâncio, A.T.A. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, 9*(3), 460-483.

Samuel, D.B., & Widiger, T.A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-R personality disorders: a facet level analysis. *Clinical*

Psychology Review, *28*(8), 1326–1342.

Watson, D., Clark, L.A., & Harkness, A.R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(1), 18–31.

Widiger, T.A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, *19*(2), 110–130.

Widiger, T.A., & Trull T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. *American Psychologist*, *62*(2), 71–83.

Yazigi, L., Fiore, M.L.M., Carvalho, L.F., & Lorenzetti, L. (2014). *Verificação de Evidências de Validade para o Personality Inventory for DSM-5 em uma amostra de casos com transtornos de personalidade diagnosticados pela SCDI-II [Manuscrito não publicado].*

LEITURAS RECOMENDADAS

American Psychiatric Association. (APA). (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, L. F. (2011). *Desenvolvimento e Verificação das Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

16.1.1

O SISTEMA COMPREENSIVO DE EXNER PARA AVALIAÇÃO PELO MÉTODO DE RORSCHACH

Regina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento
Norma Lottenberg Semer

História do Sistema Compreensivo

As manchas de tinta elaboradas por Hermann Rorschach há quase um século têm grande credibilidade nos meios acadêmicos e profissionais, tendo passado por atualizações sistemáticas e constantes por meio de pesquisas realizadas em diversos países. A aplicação de um Rorschach, independentemente do sistema seguido, é de extrema riqueza para o conhecimento de uma pessoa. Com esse método de avaliação da personalidade, a partir das respostas dadas, podemos reconhecer inúmeras características de uma pessoa, o que, segundo Hertz e Rubenstein (1939, April), equivaleria à realização de "14 entrevistas" (p. 295). Desde seu surgimento, esse instrumento vem evoluindo, e sua validade e fidedignidade foram ampliadas com novos conhecimentos, propiciando um grande desenvolvimento de trabalhos que o aplicaram. John Exner (1969) impulsionou muito os estudos para garantir maior precisão nos resultados desse instrumento, conferindo ao método elevado *status* científico.

Diversos sistemas foram construídos e elaborados após a morte prematura de Hermann Rorschach, em 1922 – menos de um ano após a publicação de seu método de avaliação –, que deixou à comunidade científica um legado que merecia continuidade. Isso rapidamente ocorreu. No início, timidamente, na Suíça, seu país de origem, e, mais tarde, difundindo-se pelo continente europeu – sendo que a França teve grande destaque no desenvolvimento científico do método de Rorschach –, e logo também chegou à América do Norte. Emil Oberholzer, psicanalista suíço, foi o grande responsável por essa missão e pela expansão do método, ainda na década de 1920. Também contribuíram Walter Morghentaler, psiquiatra e psicoterapeuta suíço, e Hans Binder, psiquiatra suíço. Este foi o primeiro a criar modificações no método de Rorschach, em 1932, introduzindo um importante estudo sobre as respostas de claro-escuro, ampliando a concepção original de Hermann Rorschach, que não teve tempo suficiente de desenvolver estudos sobre essa modalidade de respostas, embora tenha constatado sua importância.

O método chegou aos Estados Unidos em 1926, trazido da Europa por Davi Levy, que havia ido ao velho continente estudar com Oberholzer. Nesse país, o instrumento teve grande aceitação pela comunidade científica e diversos autores encarregaram-se de desenvolver suas propostas. Entre eles, destacaram-se Samuel Beck, Marguerite Hertz, Bruno Klopfer e Zigmunt Piotrowski, que criaram sistemas de classificação e interpretação para o Método de Rorschach. Beck iniciou seus estudos sobre o instrumento em 1929 e publicou sua primeira e grande pesquisa de sistematização do Rorschach em 1932, na qual incluiu modificações das ideias originais do seu criador (Beck, 1933, 1944a, 1944b, 1952). Assim, sucessivamente, os demais autores foram incluindo e publicando suas contribuições. De Klopfer, temos as publicações de 1954, 1956 e 1970 (Klopfer, Ainsworth, Klopler, & Holt, 1954, 1956; Klopfer, Meyer, Brawer, & Klopfer,1970). Piotrowski publicou um livro contendo o seu sistema em 1965. Só não temos sistematizadas as ideias de Marguerite Hertz, por ter havido um grande incêndio que destruiu todo o material de suas pesquisas com crianças (Exner, 1994).

Até os anos de 1960, houve um crescente interesse pelos instrumentos de avaliação psicológica, chegando a uma situação de uso indiscriminado dos testes psicológicos. A partir de então, principalmente entre os anos de 1960 e 1970, muitas críticas foram levantadas a esses instrumentos em geral e, embora o Rorschach desfrutasse de muito prestígio e ainda fosse considerado o instrumento de avaliação mais usado por psicólogos norte-americanos (Wade, Baker, Morton, & Baker, 1978), não ficou imune às críticas. Encontramos várias referências a

essa crise em artigos de diversos autores na Europa e nos Estados Unidos. Nessa época, John Exner Jr. passou a se dedicar ao assunto, procurando aprimorar o método das manchas de tinta de Rorschach.

Em sua obra *Rorschach Systems*, de 1969, Exner, após a análise do material publicado e em uso nos Estados Unidos, terminou a investigação que tinha por finalidade um agrupamento dos cinco sistemas (os quatro já citados mais o trabalho de Rappaport, Gill, & Schafer, 1946). Sua conclusão foi de que havia expressivas diferenças entre os sistemas, a ponto de poder afirmar que se configuravam como cinco testes diferentes e que a única coisa que tinham em comum era o fato de que todos usavam as manchas de Hermann Rorschach e incluíam, em seu sistema, códigos de classificação introduzidos pelo criador, embora, ainda assim, em alguns casos, alterados e reorganizados (Exner, 1994).

Em 1972, Exner se propôs a dar continuidade ao estudo do instrumento. Em sua primeira pesquisa, fez um levantamento do sistema norte-americano mais aceito naquele país (Exner & Exner, 1972). Nesse estudo, o casal Exner enviou 750 questionários com 30 itens a psicólogos clínicos, membros da Society for Personality Assessment e da Division 12 of the American Psychological Association, e recebeu de volta as respostas de 395 participantes. Nessas respostas, ficou evidente que havia muita diferença no modo de aplicar e avaliar o método de Rorschach. A maioria afirmou ter estudado pelo método de Klopfer, seguido do método de Beck e, por último, o de Piotrowski. Uma porcentagem menor citou ter sido preparada pelo método de Hertz ou Rappaport. Aproximadamente um quinto dos participantes referiu que personalizava seu modo de trabalhar com o instrumento, ou seja, alterava o sistema que seguia em sua prática profissional. E, ainda, mais de 20% dessa amostra afirmou que não costumava classificar as respostas ao Rorschach que administrava.

A partir desse estudo, Exner se dedicou a estudar as diferenças entre os cinco sistemas norte-americanos. Dedicou-se também a estudos para verificar em qual dos sistemas cada uma das variáveis era mais bem utilizada, com mais validade e fidedignidade. Seu objetivo era buscar um sistema que fosse usado em sua íntegra, pois percebeu que não se pode classificar um teste em determinado sistema com as instruções dadas de acordo com outro autor, bem como não se pode, por exemplo, atribuir qualidade formal segundo determinada conceituação se essa não faz parte de um corpo sistemático de trabalho, o que acontecia reiteradamente, inclusive entre os especialistas brasileiros (informação por experiência pessoal da primeira autora do capítulo). O autor concluiu, ainda, que não era possível sobrepor dois sistemas aleatoriamente (p. ex., codificam-se do mesmo modo as respostas de cor, mas a interpretação deve seguir o sistema de referência; essas divergências são ainda mais acentuadas nas respostas de claro-escuro), o que também era muito frequente. Seus estudos e suas pesquisas a partir dessas conclusões levaram à concepção do Sistema Compreensivo (SC), que foi publicado pela primeira vez em 1974 (Exner, 1974), incorporando variáveis dos cinco sistemas estudados mais a publicação de Hermann Rorschach, mas escolhendo aquelas que se mostraram mais válidas e fidedignas. Elaborou também um conjunto de normas para diversas faixas etárias. Após essa primeira publicação, outras foram incorporando mais dados derivados de novos estudos e pesquisas a respeito do SC. Foram modificadas e ampliadas as edições de 1986 (Exner, 1986), 1993, 2003 e 2005. John Exner Jr. faleceu em 2006.

De acordo com Anastasi e Urbina (2000), o SC ganhou expressiva credibilidade e passou a ser o mais ensinado nos Estados Unidos. Evoluiu de modo significativo como instrumento de grande potencial psicométrico, e sua eficácia injetou nova vida ao Rorschach. A quantidade de

pesquisas envolvidas em sua criação e a proposta de ser um conjunto de conhecimentos que não se apresentava como um modelo estático, mas possível de incorporar novos conhecimentos, levaram diversos pesquisadores de diferentes continentes a seguir o Sistema de Exner. Seu espírito gregário e de liderança levou à dominância desse sistema por anos seguidos, sendo até hoje uma abordagem seguida por muitos, dos Estados Unidos ao Japão; nas Américas do Norte, do Sul e Central.

Após a leitura do material até então publicado e após a participação em alguns congressos internacionais nesse período – inclusive um organizado no Brasil, em 1987, no qual, entre muitos participantes, Exner também esteve presente como um dos principais conferencistas –, em 1993 foi apresentado o primeiro estudo brasileiro seguindo o SC, a tese de doutorado de Nascimento (1993).

Após um tempo de uso do sistema no Brasil, notamos algumas disparidades entre as normas de Exner e os resultados obtidos em amostras brasileiras. No primeiro momento e, especialmente, pelos estudos se referirem a uma população de pacientes, esse dado não ficou tão evidente. Porém, mesmo no uso em casos individuais, os resultados mostravam-se inconsistentes quando comparados a outros testes aplicados ou aos dados obtidos nas entrevistas. Isso nos levou a realizar um primeiro estudo-piloto com uma amostra de não pacientes. De fato, os resultados obtidos nos levaram a organizar uma pesquisa mais bem planejada e com um número maior de participantes a fim de construir resultados normativos de Rorschach para o SC no Brasil, visto que algumas diferenças foram confirmadas com essa pequena amostra. No início, as maiores diferenças observadas eram relativas aos resultados da qualidade formal das respostas, o que orientou o primeiro projeto de pesquisa. Em seguida, foi expandida para todos os itens de classificação do SC. A pesquisa foi elaborada em duas etapas, sendo a primeira na capital do estado de São Paulo, constituída de 200 participantes, e a segunda, em outras cidades do estado, incluindo grandes e pequenas, serra e litoral, com 209 participantes. Os resultados da pesquisa encontram-se em Nascimento (2010).

Estudos normativos brasileiros para crianças foram desenvolvidos por Ribeiro, em Cuiabá; para crianças e adolescentes, por Resende, em Goiás; e para adolescentes, em São Paulo, por Nascimento. Esses resultados encontram-se em Nascimento, Resende e Ribeiro (2017).

No mesmo período, o desenvolvimento de estudos normativos ocorreu em diversos países, de continentes variados. Essas pesquisas normativas constituíram o disparador para que fossem realizadas comparações internacionais. Shaffer, Erdberg e Meyer propuseram esse estudo em 2007, além da publicação dos estudos normativos para adultos, de 17 diferentes países – incluindo o Brasil – e 31 amostras de crianças e adolescentes de seis países distintos. Essas comparações possibilitaram um agrupamento de resultados, constituindo uma referência internacional para adultos. A mesma possibilidade não foi observada com as comparações de crianças e adolescentes, tal como organizada para os adultos. Assim, a história dos estudos normativos no Brasil constituiu-se em paralelo com a internacional.

Nesse mesmo período, iniciado na década de 1990, vários autores desenvolveram estudos de validade para o sistema. Na época, Latife Yazigi foi orientadora de muitas pesquisas, várias delas dissertações de mestrado ou teses de doutorado. Posteriormente, Anna Elisa de Villemor-Amaral também foi responsável por orientar muitas pesquisas de pós-graduação que também tiveram destaque no Brasil. Para todas as pesquisas desenvolvidas, o estudo de concordância entre os aplicadores tem sido cuidadosamente praticado, o que vem conferindo às pesquisas brasileiras uma ótima confiabilidade.

O SC foi aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia para uso no Brasil em 2003. Desde então, seu uso e as pesquisas com o sistema têm se expandido em todo o território nacional.

Aplicação do Rorschach seguindo o Sistema Compreensivo

A aplicação das 10 manchas do Rorschach, como em todos os sistemas de aplicação e avaliação do método, deve ser realizada em uma única entrevista. O processo de aplicação do instrumento divide-se em duas etapas. Uma denominada fase de resposta, e a segunda, inquérito. Na primeira fase, a produção é livre e, na segunda, o examinador faz perguntas para que possa ver as respostas da mesma forma que o examinando viu, uma vez que as pessoas percebem as mesmas manchas de maneira altamente individualizada. As instruções são muito simples, porém aqueles que não têm conhecimento dos elementos de classificação do teste dificilmente conseguem fazer uma boa aplicação, porque essas informações são fundamentais para um inquérito adequado. Este tem como objetivo esclarecer como foi construído cada percepto pelo examinando para a classificação das respostas. Na fase de respostas, ao mostrar a primeira mancha para o examinando, pergunta-se a ele apenas: "O que isto poderia ser?" (Exner, 1999, p. 15). No inquérito, o objetivo básico é saber em que área da mancha se encontra a resposta e "O que tem na mancha que faz com que ela se pareça com (...), para que eu possa ver como você" (p. 22). As instruções completas são encontradas no manual de aplicação de Exner. Neste capítulo, apenas ressaltaremos uma questão que tem diferenciado o SC de outros sistemas, especialmente do R-PAS (Meyer, Viglione, Mihura, Erard, & Erdberg, 2011), em relação ao número de respostas.

No Brasil, para a pesquisa normativa com adultos, a instrução da fase de respostas foi um pouco mais longa, devido ao pouco conhecimento que a população em geral tem em relação ao instrumento[1]. O que foi introduzido se mantém dentro da proposta do SC, visto que Exner (1999) sugere que se faça um comentário nesse sentido, caso a pessoa não conheça o instrumento.

O número de respostas solicitadas no SC é relativamente livre. Ou seja, espera-se primeiro que a pessoa forneça as respostas espontaneamente, mas é possível estimular o examinando para que atinja um número mínimo de respostas para que o protocolo seja considerado válido. Em outras situações, é possível interromper o examinando caso haja um excesso de associações.

Exner (1993, 1994, 2003) verificou em pesquisas que protocolos muito curtos não são adequados para a interpretação, por apresentar baixa confiabilidade no teste-reteste. Por isso, sugere que cada pessoa forneça pelo menos 14 respostas para considerar uma produção válida. Para que se atinja o número de respostas esperado, quando o examinando fornecer apenas uma resposta na primeira prancha, deve-se encorajá-lo a fornecer mais respostas: "Não tenha pressa, olhe um pouco mais. Tenho certeza de que você encontrará mais alguma coisa" (Exner, 1999, p. 17), e mais nenhuma interferência nesse sentido. Já protocolos muito longos são desnecessários, porque o autor verificou que, depois de certo número de respostas, essas acabam repetindo as mesmas características das pessoas e a aplicação poderia não ser tão eficiente nas últimas pranchas, ou no inquérito, visto que examinando e examinador podem estar muito cansados. Por isso, quando o sujeito já tiver dado cinco respostas, o examinador poderá interrompê-lo, dizendo: "Está bem, vamos para o próximo" (Exner, 1999, p. 18). O examinador repete o procedimento até que o examinando diminua sua produção espontaneamente. Porém, se ele voltar a elevar o número de resposta por prancha, já não se interfere mais.

Protocolos muito longos ou muito curtos podem tornar alguns dos resultados desproporcionais para a interpretação. Os resultados, que são computados em quantidade brutas, e não em porcentagens, podem distanciar-se sobremaneira dos resultados normativos e enviesar algumas interpretações. De acordo com pesquisas, Exner relata que as instruções do SC costumam gerar

protocolos com 17 a 27 respostas (Exner, 2003). De modo geral, segundo Nascimento (2010), pode-se considerar um número médio de respostas quando um protocolo apresentar entre 16 e 22 respostas. Entretanto, é preciso analisar esses valores de acordo com níveis socioeconômicos e/ou de escolaridade. Nascimento (2004) encontrou diferenças nas médias de R (número de respostas) quando comparadas aos diferentes níveis. A média do grupo de nível socioeconômico e cultural mais alto é de 24 respostas, até um pouco mais elevada que a média da população norte-americana. O grupo de nível B apresentou a média de 20 respostas; o de nível C, de 20; e o de níveis D e E, de 18.

Pesquisas com o SC do Rorschach

Tibon-Czopp e Weiner (2016) assinalam que as pesquisas realizadas têm levado à conclusão de que o Rorschach pode ser classificado com confiabilidade, tem adequada confiabilidade no teste-reteste, fornece resultados válidos quando usado adequadamente e tem desempenho tão efetivo quanto medidas de autorrelato.

Para maior rigor, as pesquisas devem ser relacionadas a variáveis que:

- operacionalizem construtos teóricos;
- se baseiem em configurações de variáveis refinadas com escores de *cut offs* específicos para funcionamento psicopatológico;
- sejam obtidas de acordo com procedimentos padronizados de aplicação e classificação;
- mostrem semelhança psicométrica com relação a níveis de confiabilidade e validade em amostras que são definidas de acordo com a faixa etária de pacientes e não pacientes.

Exemplos desse rigor na pesquisa serão mostrados a seguir, na apresentação dos novos índices, que não foram incorporados no SC, mas construídos a partir desse referencial.

Novas variáveis do Sistema Compreensivo

Sendo o método de Rorschach um instrumento de grande complexidade, ele tem sido, com frequência, objeto de estudo, o que faz com que, de tempos em tempos, novas variáveis possam ser incorporadas ao instrumento, o que vai garantindo maior riqueza nas interpretações.

Entre essas, notamos no decorrer dos anos que, por exemplo, o Código Especial CONFAB foi retirado do sumário estrutural por não ter mostrado evidência suficiente para o seu uso. Por sua vez, algumas variáveis foram introduzidas. Citamos Respostas Apropriadas (XA%), Respostas Apropriadas em W e D (WDA%), o Índice de Esquizofrenia (SCZI), que se transformou em Índice de Transtornos de Percepção e Pensamento (PTI), e respostas de representação humana (GHR:PHR), que já não são recentes, mas que são ainda pouco citadas nas publicações nacionais sobre o SC. No Brasil, encontramos a apresentação dessas variáveis em Nascimento (2010).

EII-2 (Índice de Comprometimento do Ego)

O Índice de Comprometimento do Ego (EII2, do inglês Ego Impairment Index) é um novo índice para avaliação no SC que não chegou a ser incorporado no sumário estrutural, mas é muito útil nas avaliações de personalidade. O índice foi publicado pela primeira vez em 1991, por Perry e Viglione. A publicação se refere a uma pesquisa realizada com pacientes deprimidos. O

Rorschach foi aplicado na 1ª e na 9ª semana do tratamento medicamentoso. Os autores compararam o benefício do tratamento com tricíclicos entre os pacientes com resultados altos e baixos em EII (a primeira formulação do índice). No estudo, evidenciou-se que os pacientes com EII baixo beneficiaram-se com o tratamento, o que não ocorreu com os pacientes com EII alto. Outro estudo de validação do índice foi realizado por Perry, Viglione e Braff (1992) em uma pesquisa com pacientes com esquizofrenia. Os autores concluíram que o EII se mostrou uma boa medida para avaliar os transtornos de pensamento, mas que eram necessários estudos com pacientes com outros transtornos psíquicos.

Posteriormente, o índice foi reformulado e publicado por Viglione, Perry e Meyer (2003). A pesquisa contou com protocolos de Rorschach de 389 participantes. Cálculos repetidos foram realizados com diversas amostras. Segundo os autores, o índice foi fundamentado no modelo de avaliação do ego, de Beres (1956, citado por Viglione, Perry, & Meyer, 2003), quanto ao delineamento dos componentes do funcionamento do ego nos transtornos psicológicos. De acordo com esse delineamento, há seis funções do ego inter-relacionadas: (a) relação com a realidade; (b) controle dos impulsos instintivos; (c) relações objetais; (d) processos de pensamento; (e) funções autônomas; (f) funções de síntese. Cada uma dessas funções foi relacionada a uma variável do SC, como se vê no Quadro 16.1.1.1.

QUADRO 16.1.1.1
Funcionamento do ego, segundo Beres, e as variáveis correspondentes do Rorschach

Conceito relacionado às funções do ego	**Variáveis do Rorschach**	
	Código	**Interpretação da variável**
Falha do teste de realidade	FQ-	Imprecisão perceptiva Inadequação da percepção
Falhas nos processos de pensamento	WSum6	Raciocínio forçado Falhas cognitivas Uso de processos primários de pensamento Dificuldades na solução de problemas
Falhas nas defesas do ego	Conteúdos críticos (a)	Falhas nas funções defensivas e na regulação e no controle dos impulsos
Qualidade das relações de objeto	GHR:PHR	Relações objetais positivas/autônomas x negativas/problemáticas
Relações objetais	M-	Dificuldades nas relações objetais e falhas cognitivas

(a) Anatomia (An), Sangue (Sg), Explosão (Ex), Fogo (Fi), Comida (Fd), Sexo (Sx), Raio X (Xy), AG, MOR.

Para o cálculo do índice, temos o procedimento apresentado na Tabela 16.1.1.1. O índice foi construído a partir da análise fatorial, o que levou à atribuição de coeficientes diferentes a cada uma das variáveis (Viglione, Perry, & Meyer, 2003):

TABELA 16.1.1.1
Cálculo simplificado do EII-2 para cálculo manual

Nome da variável/passo	**Passo 1: listar resultados brutos**	**Passo 2: multiplicar pelo coeficiente**	**Resultado do subcomponente**	**Subtotal/total**
Nº de respostas FQ–	5	x 14	= 42	
WSum6	12	x 5	= 35	

Conteúdos Críticos (a)	7	x 7	= 28	
M–	0	x 20	= 40	
PHR	1	x 10	= 20	
Passo 3: somar subcomponentes/subtotal				= 165
GHR	1	x 10	= 90	
R(b)	16	x 7	= 133	
Passo 4: somar GHR e R/ Subtotal				= 223
Passo 5: diminuir passo 4 subtotal do passo 3/ subtotal				165-223 = -58
Passo 6: calcular o EII–2 dividindo o passo 5 por 100				−58/100 = −0,58

(a) Soma de *An, Bl, Ex, Fi, Fd, Sx, Xy, AG, MOR*.
(b) Número de respostas (*R*) foi incluído para minimizar seu efeito no *EII–2*.
Fonte: Viglione, Perry e Meyer (2007, p. 209).

Os resultados esperados para o índice são interpretados de acordo com os valores encontrados na Tabela 16.1.1.2. Quanto à interpretação, Viglione e colaboradores (2003) afirmam que valores altos em EII-2 sugerem falhas ou dificuldades na solução de problemas, pensamento ineficaz ou idiossincrático em situações de demandas complexas e exigentes da vida cotidiana. Pelos estudos realizados, acredita-se que pessoas que apresentem altos valores no índice evidenciem disfunções de comportamento e falhas adaptativas (Viglione et al., 2003).

TABELA 16.1.1.2
Intervalos superpostos do EII-2 com indicação de sua interpretação

Intervalos	Interpretação de EII-2
< – 0,3	Intervalo ótimo – nenhum comprometimento evidente
- 0,4 a + 0,2	Intervalo típico de não pacientes – nenhum comprometimento evidente
+ 0,0 a + 0,6	Comprometimento mínimo
+ 0,4 a + 0,8	Comprometimento leve a moderado
+ 0,7 a + 1,5	Comprometimento moderado a severo
> 1,3	Comprometimento evidente

Fonte: Viglione e colaboradores (2003, p. 155).

Dessa forma, o exemplo apresentado, que obteve o resultado - 0,58, seria indicativo de uma pessoa que não apresenta comprometimento evidente.

No Brasil, foi desenvolvido, por Nascimento, Yazigi, Amaro e Hisatugo (2008), um estudo no qual foram comparados 109 pacientes, que eram acompanhados por psicoterapia e medicação em um ambulatório de saúde mental de uma universidade pública em São Paulo, com 409 participantes adultos de um estudo normativo do Rorschach, também em São Paulo. Os achados evidenciaram diferença nos resultados do EII-2 entre as duas amostras e, ao analisar os subitens do índice, verificaram-se diferenças nas variáveis FQ-, WSum6, Conteúdos Críticos e PHR. Essas diferenças indicam que o índice discrimina adequadamente pacientes psiquiátricos de não pacientes no que se refere à presença de distorção perceptiva, problemas na ideação, interesses idiossincráticos e tendência a relacionamentos conflitivos e problemáticos. No índice total, foi

encontrada diferença estatística significativa entre o grupo de pacientes e não pacientes, ao nível de $p < 0{,}001$, com *d* de Cohen igual a 0,54. A média dos pacientes foi de 0,71, e a dos não pacientes, -0,002.

DI (Índice de Desenvolvimento)

Uma variável mais recente – também não incorporada, mas que tem vários estudos de validade para o SC, inclusive no Brasil – é o Índice de Desenvolvimento (DI, do inglês Development Index). Em um estudo inicial de validação, Stanfill, Viglione e Resende (2013) apresentaram uma pesquisa muito cuidadosa para medir o progresso no desenvolvimento das pessoas até os 25 anos. Trata-se de um índice construído a partir das variáveis do SC que denotam maturidade ou imaturidade em sua interpretação. Esse trabalho teve várias etapas, ou passos, como denominaram os autores.

No primeiro passo do estudo, Stanfill e colaboradores (2013) dedicaram-se a escolher as variáveis que viriam a constar do índice. Para a efetivação dessa etapa, foram utilizadas amostras de estudos normativos de diversos países com não pacientes, que constam da publicação do *Journal of Personality Assessment*, de 2007, organizada por Shaffer, Erdberg e Meyer. Foram escolhidas 45 variáveis que, na interpretação, faziam presumir variações no decorrer do desenvolvimento. Com essas amostras, foram feitas comparações em diversos níveis de idade e foi criado um escore relativo às diferenças, que foi denominado *d*, para cada variável pesquisada. Além disso, outros procedimentos estatísticos foram acrescidos para ajustar esses valores. Em seguida, foram identificadas as variáveis que obtiveram os resultados *d*s mais elevados nas comparações entre as amostras.

No passo 2, os autores se dedicaram a novos procedimentos de pesquisa para reduzir ainda mais o número de variáveis para o índice. Em primeiro lugar, julgou-se a possibilidade de haver forte correlação entre o DI e o Índice de Complexidade, o que foi evidenciado pelo estudo de correlação. Sendo essa uma variável do R-PAS, Meyer e colaboradores (2011) selecionaram apenas Lambda e R, que fazem parte desse composto e permaneceram, dessa forma, no SC. A complexidade de um teste acompanha, em parte, o desenvolvimento da pessoa. De acordo com Meyer e colaboradores (2011), o Índice de Complexidade está associado à idade cronológica, aos anos de estudo, à inteligência e à adaptabilidade. O objetivo nesse ponto era não confundir Índices de Desenvolvimento com o de Complexidade do teste, tornando o DI redundante e, por isso, supérfluo. A partir de uma regressão linear, foram selecionadas 12 variáveis que não se sobrepunham ao de Complexidade. A regressão linear final demonstrou ser capaz de predizer a idade ($p < 0{,}0005$; *effect size* = 0,77). Stanfill e colaboradores (2013) apresentam no artigo o procedimento final para calcular esse índice e as tabelas com valores constantes que devem ser aplicados às variáveis. Os cálculos para a obtenção do índice são complexos e devem ser realizados por meio de uma sintaxe a ser utilizada em programas computadorizados de estatística. As variáveis definidas no Índice como indicadoras do estágio de desenvolvimento são: F% Puro, FD, m, Fr+rF, SumT, SumV, X–%, X+%, An, Art, Sx e Xy. O valor de DI é calculado pelo valor ponderado dessas variáveis, calculado com o valor *d* e o escore *z*[2] (preparado durante os passos anteriores para compor o cálculo) (Stanfill et al., 2013).[3]

No passo 3, foram feitos estudos para validar o Índice com uma amostra clínica independente. O DI mostrou-se diretamente relacionado com as diferenças de idade, embora com evidência um pouco menos acentuada se comparada aos estudos com amostras não clínicas. Entre outras

importantes contribuições, o DI identifica e afere as mudanças no desenvolvimento psicológico. Pode indicar em uma avaliação a capacidade da pessoa para processar informações, entrar em relacionamentos interpessoais, bem como evidenciar o estado emocional e a capacidade para regular esses estados emocionais.

Giromini e colaboradores (2015) fizeram uma pesquisa para validar o DI na Itália. Trabalharam com uma amostra de 902 participantes, pacientes de Turim e Milão, com idades variando de 5 a 25 anos, em protocolos de Rorschach aplicados e classificados de acordo com as normas do SC. Confrontaram seus resultados com protocolos de uma amostra de pacientes de Ohio e realizaram uma série de comparações entre os resultados das amostras. Com referência à correlação entre DI e idade, os dados indicam resultados positivos de correlação entre o índice e o processo evolutivo. Também foi correlacionado o Índice de Complexidade, que igualmente evidenciou correlação com a idade dos participantes.

Resende, Nascimento, Ribeiro e Yazigi (2015) elaboraram um estudo para validar o índice no Brasil. O estudo se propôs a investigar a relação entre o DI, a idade e o Índice de Complexidade, por um lado, e a correlação entre a idade e as variáveis relacionadas à maturação com amostras de não pacientes, por outro. O estudo contou com uma amostra de 841 participantes, com idades entre 5 e 64 anos, sem história de tratamento psicológico ou psiquiátrico. Esses participantes eram de São Paulo, Goiás e Mato Grosso. A amostra total foi subdividida entre crianças de 7 a 12 anos (N = 331), adolescentes de 13 a 21 anos (N = 210) e adultos de 22 a 64 anos (N = 350).

Foi feita a comparação dos índices de desenvolvimento e de complexidade. Os resultados indicaram diferenças altamente significativas entre todos os níveis de idade, no que se refere ao DI. O Índice de Complexidade mostrou diferença de grande significância estatística ao comparar crianças com adultos, de menor significância na comparação entre crianças e adolescentes e nenhuma significância na de adolescentes e adultos. Na correlação de Pearson, o estudo evidenciou alta significância estatística entre DI e idade, DI e o de Complexidade e o de Complexidade e idade. O estudo confirma a validade do índice para os brasileiros.

Metanálise do Sistema Compreensivo

Um importante estudo de validade para o SC foi a metanálise de Mihura, Meyer, Dumitrascu e Bombel (2013). De acordo com os autores, a validade não existe para o conjunto de dados do Rorschach, mas cada variável deve ser analisada separadamente (Mihura et al., 2013).

O objetivo da pesquisa foi analisar o método de Rorschach a partir da perspectiva de um teste de desempenho (*performance-based*) para verificar como o Rorschach é capaz de avaliar os construtos em questão por outros métodos que não a introspecção, excluindo, assim, pesquisas constituídas por comparações com testes de autorrelato.

A pesquisa foi baseada em artigos de 1974 (primeiros estudos do SC) até novembro de 2011. Foram levantados 2.467 estudos para investigar 65 variáveis do SC do Rorschach. O objetivo era avaliar as propriedades psicométricas do teste, considerando apenas o instrumento do ponto de vista de um método baseado na percepção, e analisar estudos que não envolvessem comparação com características obtidas em processos de introspecção, ou reflexões e avaliações pessoais sobre suas próprias características. Foi feita uma criteriosa seleção para excluir pesquisas que não tivessem utilizado referenciais adequados a fim de que os resultados fossem realmente fidedignos.

Para efetuar a metanálise, foram seguidos alguns procedimentos. Em primeiro lugar, todos os resultados originais das pesquisas selecionadas foram transformados em *effect sizes*. Outros procedimentos estatísticos foram realizados para minimizar as diferenças entre as diversas pesquisas em estudo, como as diferenças nos tamanhos das amostras, e também para equiparar os resultados encontrados entre os *effect sizes*. Posteriormente, um estudo de fidedignidade foi realizado por Meyer, reproduzindo às cegas a seleção dos estudos que havia sido realizada por Mihura e colaboradores (2013). Foram selecionadas 100 entre as 2.467 pesquisas escolhidas, e discrepâncias foram resolvidas antes de dar início à metanálise. Posteriormente, mais estudos estatísticos (*funnel plots* e *fail safe* N [FSN]) foram realizados para verificar se as pesquisas selecionadas tinham algum tipo de viés. Finalmente, procuraram incluir na análise apenas artigos que tivessem garantidas as revisões com rigor editorial, levando em consideração o fator de impacto do periódico.

No total, foram tabulados 3.074 resultados para a metanálise de variáveis individuais do Rorschach. Desses, 1.156 foram considerados adequados para o objetivo do estudo, e os efeitos foram estudados com 215 amostras independentes e um total de 25.795 participantes, a maioria com adultos, mas também algumas amostras de crianças e adolescentes. Para as 55 variáveis[4] do Rorschach, foram utilizadas 14 amostras, envolvendo 2.073 participantes. Nesses estudos, foram também incluídas as pesquisas relatadas no manual de Exner (2003), desde que fossem apresentados os indicadores necessários para realizar os procedimentos estatísticos.

Para garantir a fidedignidade dessa etapa, foi feito um estudo de concordância a fim de verificar se a variável do estudo estava dentro dos critérios da pesquisa. Os resultados indicaram 98% de concordância, com Kappa = 0,90 (N = 100).

No procedimento da metanálise, muitas variáveis garantiram bons índices de validade. Entre os dados apresentados relativos às variáveis estudadas por Exner (2003), 34 evidenciaram resultados da metanálise bastante favoráveis. Os resultados globais são apresentados a seguir:

- **Variáveis com excelente evidência estatística** ($r \geq 0,33$; $p \leq 0,001$; FSN > 50)[5]: Movimento Humano (M), Experiência Efetiva (EA), Soma Sombreado, movimento inanimado (m), Anatomia e Raio X (Anat + Xy), Respostas Sintetizadas (DQ+), Forma Convencional (FQo), Forma distorcida (FQ-), Forma Apropriada (XA%), Códigos Críticos (Sum6), Códigos Críticos Severos (Lvl2 + Alog+ CONTAM), PTI.
- **Variáveis com boa evidência** ($r \geq 0,21$; $p \leq 0,05$, FSN ≥ 10): Número de Respostas, Lambda, Soma Ponderada das Respostas de Cor (WsumC), Sombreado Difuso (Soma Y), Diferença Cor Acromática: Cor (Soma C': WsumC), Quociente Afetivo (Afr), Índice de Complexidade (não encontrado nas publicações de Exner), Movimento Cooperativo (COP), Respostas de H Inteiro e Real (H), Respostas de Representação Humana de Boa Qualidade (GHR), Conteúdo Mórbido (MOR), Respostas de Reflexo (Fr+rF), Atividade Organizativa (nota Z), Respostas Populares (P).
- **Variáveis com evidência moderada** ($r \geq 0,21$; $p \leq 0,05$, FSN < 10 ou $r = 0,15$ a $0,20$; $p \leq 0,05$, FSN ≥ 10): Experiência sentida (es), Resposta Personalizada (PER), Representação Humana de Má Qualidade (PHR), Resposta de Vista (Soma V), Qualidade Formal Incomum (FQu), Movimento Humano com Forma Distorcida (M-), Índice de Depressão (DEPI), Índice de Déficit Relacional (CDI).

- **Variáveis com pouca evidência** (r < 0,15; p ≤ 0,05, FSN < 10): Movimento Animal (FM), Movimento Agressivo (AG), Resposta de Alimento (*food*).
- **Variáveis com nenhuma evidência** (p > 0,05): Nota D Ajustada (AdjD): Tipo de Vivência – EB (Extratensivo: Introversivo); Espaço Branco (S), Índice de Isolamento (Isolate), Proporção ativos : passivos (a:p), Forma Dimensão (FD), Índice de Egocentricidade (Ego Index), Eficiência de Processamento (Zd), Índice de Hipervigilância (HVI).
- **Variáveis com ausência de estudos**: Movimento não Humano (FM+m), Estilo Pervasivo (EBPer), Estilo Ambigual (M=WsumC), Cor Projetada (CP), Interesse Interpessoal (Soma H), Proporção de Aspiração (W:M), Índice de Economia (W:D:Dd), Respostas de Espaço Branco com Qualidade Formal Distorcida (S-), Respostas de Movimento Humano Sem Forma (M *none*, ou M sem forma), Índice de Intelectualização (*Intellect*), Estilo Obsessivo (OBS).

É possível perceber que foi feito um grande esforço por Mihura e colaboradores (2011) para realizar essa metanálise bastante criteriosa. Foi possível obter resultados para a maioria (85%) das 65 variáveis do SC do Rorschach, e dois terços das variáveis indicaram pelo menos uma validade satisfatória para sua interpretação.

Desse importante estudo realizado nos últimos anos e que gerou muita polêmica, podemos ressaltar que os resultados nem sempre acompanharam aqueles apresentados no manual de Exner (2003), mas, de qualquer forma, os achados da metanálise reforçam muito a validade da maioria das variáveis do SC do Rorschach. Lembramos que os autores se propuseram a fazer uma pesquisa para garantir grande precisão nos resultados do Rorschach. Entretanto, Weiner (2000) assinala que essas manchas configuram um método de avaliação de características de personalidade, e não um teste. Ou seja, dificilmente chegaremos a um padrão de precisão dos instrumentos mais objetivos. Porém, mesmo sendo assim considerado, o SC mostra fortes indícios de validade e encontramos resultados que apoiam a maioria das interpretações do teste, alguns dos quais com fortíssima segurança, o que foi observado com pesquisa muito minuciosa.

Com relação ao índice de excelência quanto à validade (PTI), podemos afirmar que corresponde ao que encontramos na amostra normativa de São Paulo com adultos e adolescentes. Nesse estudo (Nascimento, 2010, 2015), a média de PTI para adultos é de 0,66 e, para adolescentes, de 0,71. Assim, podemos confirmar a interpretação da metanálise e afirmar que se trata de um dado altamente confiável entre nossos resultados, com indicação de que a amostra realmente foi constituída por pessoas sem distúrbios de pensamento e percepção, ou seja, ausência de graves problemas psicológicos. As respostas DQ+, também de alta evidência de validade, mostraram-se mais elevadas no Brasil entre adolescentes de ensino particular do que de escolas públicas O índice também foi mais elevado entre adultos de São Paulo com formação superior e mais rebaixado entre adultos com menor nível de escolaridade. Quanto ao estilo obsessivo, o índice não foi positivo para nenhum caso na amostra do estudo normativo no Brasil.

Quanto às variáveis para as quais não se encontrou forte evidência de validade ou para as quais não foram encontradas pesquisas, concordamos com os autores no sentido de não as considerar inválidas, e também que mais pesquisas devem ser realizadas para aumentar a confiança na sua interpretação. Além disso, consideramos que, ao não ser encontrada a validade esperada, outros desenhos de pesquisas devem ser constituídos para o estudo desses indicadores do Rorschach, a fim de que o instrumento das manchas de tinta venha a ter maior refinamento em suas possíveis interpretações. Nas palavras dos próprios autores, “não esperamos que [nossa metanálise] seja a palavra final neste assunto” (Mihura et al., 2013, p. 580).

O estado da arte do Sistema Compreensivo e seu uso na prática profissional

Além das pesquisas apresentadas, muitas outras têm sido realizadas com o SC do Rorschach, com o objetivo de intensificar o *status* científico do instrumento e, consequentemente, promover evidências para a prática da avaliação. Suas propriedades o tornam um ótimo instrumento também para pesquisas de características de personalidade. Concordamos absolutamente que os estudos normativos, de precisão e de validade devem continuar, mas temos também de admitir que o Rorschach, além das variáveis do sumário estrutural, comporta, na prática clínica, análises que individualizam muitas de suas interpretações.

Para Tibon-Czopp e Weiner (2016), entretanto, a natureza do Rorschach, bem como os procedimentos de aplicação e classificação, trazem questões psicométricas específicas, além daquelas geralmente encontradas nos testes psicológicos, no que se refere às bases científicas do instrumento.

Apesar de o método de Rorschach ter demonstrado seus benefícios na avaliação de crianças e adultos, também tem recebido muitas revisões ao lado de críticas, sobretudo em relação a questões psicométricas. O *status* científico do SC tem sido desafiado por críticos que afirmam que a validade e a confiabilidade de suas variáveis não foram avaliadas adequadamente e que os dados normativos seriam ultrapassados e insuficientes. Essas críticas serviram como estímulo para novas pesquisas sobre o instrumento que estabeleceram confiabilidade, validade e utilidade, além de aplicações transculturais de inúmeras variáveis do SC.

Atualmente, em função das inúmeras pesquisas sobre a precisão, a validade e as normas relativas a várias faixas etárias em diversos países, o Rorschach pode ser considerado um instrumento de grande repercussão por suas qualidades psicométricas, com dados que chegam a ser mais confiáveis do que alguns instrumentos de avaliação mais objetivos. Mesmo assim, não podemos deixar de ressaltar que ainda existem muitos dados cuja compreensão depende da subjetividade do examinador. O fato de que dependam dessa subjetividade não quer dizer que não existam suportes teóricos para orientação, embora menos objetivos. Mesmo assim, repetimos uma frase de Exner (1994), já citada em outras ocasiões. Para o autor, existem dois níveis de interpretação do Rorschach, e examinadores experientes não devem trabalhar com algum desses aspectos isoladamente. Ressalta o autor que trabalhar apenas com o que se considera subjetivo ou só com o objetivo seria um manejo pobre e pouco perspicaz. Segundo Exner (1994), os examinadores experientes devem trabalhar com todos os dados disponíveis para construir um quadro realista e matizado da pessoa.

Autores como Tibon-Czopp e Weiner (2016) defendem a subjetividade como uma vantagem, como uma ciência psicanalítica, devendo, portanto, ser utilizada para melhorar o trabalho clínico com o Rorschach. Há regras para administração e classificação, mas se deve manter certa abertura para interpretação. Acrescentando uma ideia às mencionadas, as autoras deste capítulo ainda argumentam que a interpretação em um trabalho clínico depende da capacidade do examinador de integrar dinamicamente todos os dados encontrados e, ainda, compreendê-los levando em conta a história de vida da pessoa. Podemos, então, propor que o Rorschach deve ser estudado – e assim tem sido feito – com todo o rigor possível na pesquisa, mas a interpretação de casos individuais sempre vai ter elementos de subjetividade. O método de Rorschach compreende uma base quantitativa e estrutural, bem como uma análise qualitativa. Para tanto, o psicólogo que o utiliza precisa ter experiência clínica, conhecimentos aprofundados em

psicopatologia e em teorias de personalidade e desenvolvimento. Ao interpretar um protocolo, necessita articular os resultados do exame psicológico aos vários aspectos da personalidade provenientes dos conhecimentos das teorias, da experiência clínica, bem como a apreensão de outros dados do exame, como o contato com o examinando, aspectos verbais e não verbais, além do campo da experiência emocional interpessoal. Assim, a tarefa do psicólogo clínico, ao interpretar um protocolo e elaborar um relatório, seria a transformação das informações em uma base de compreensão do funcionamento psíquico de uma pessoa.

Exner (2003) sugere, ainda, três pré-requisitos para ser um bom intérprete do método de Rorschach: que o especialista tenha um bom conhecimento de um modelo teórico de personalidade (independentemente da abordagem), que considere a pessoa como única, individual, e que tenha um bom conhecimento de psicopatologia.

O Rorschach tem sido usado principalmente em situações clínicas e também em casos forenses, mas pode ser uma excelente ferramenta para utilização em qualquer situação em que o psicólogo tenha de avaliar características de personalidade de uma pessoa.

Em princípio, cada protocolo deve apresentar dados que tenham um paralelo nos comportamentos da vida diária de uma pessoa, em situações externas ao teste. Cabe ao clínico estudar os aspectos idiossincráticos. Em situações práticas, temos encontrado muito suporte para a compreensão das pessoas por meio dos resultados do Rorschach, utilizado pelo SC. No entanto, salienta-se que, para maior segurança, é possível usar também outros instrumentos – quando for o caso – e, principalmente, verificar o sentido de uma análise ao compará-la com a história de vida de uma pessoa. Ressaltamos que as análises às cegas são válidas e importantes para a construção da teoria, mas não para um estudo de personalidade de dada pessoa. Cada teste na prática clínica pode ser considerado um exercício de validade para as variáveis fornecidas por cada uma das interpretações.

Por exemplo, ao encontrarmos as respostas de qualidade formal que indicam distorção (FQ-), devemos verificar se ela ocorre em uma prancha colorida, ou em alguma prancha especificamente, ou se é a primeira ou a última resposta a uma prancha. O indivíduo distorce respostas com algum conteúdo específico, como respostas de humanos? Relativamente às respostas de cor, é necessário verificar se apareceram nas pranchas com vermelho ou nas três últimas pranchas. No caso do Índice de Egocentricidade, ao analisar o conjunto de dados do teste, do comportamento da pessoa e de sua história, faz sentido o seu resultado? As respostas de reflexo contribuíram para o resultado? Em um exemplo prático, durante a fase de resposta, a pessoa dizia “não sei” (p. ex., “um morcego... não sei”). Além disso, essa pessoa também forneceu duas respostas de reflexo. Ela, muito insegura e com marcante sentimento de inferioridade trazido nas entrevistas, apresenta um elevado Índice de Egocentricidade, com acentuada indicação de autovalorização e desejo de *status*. Seria uma forma de compensação ou uma depressão incipiente, ao evidenciar o desconforto por não conseguir o *status* desejado. Esses elementos devem ser tirados da análise do teste todo, inclusive do comportamento da pessoa, que mostrou grande insegurança durante a administração da prova.

Diante da multiplicidade de métodos para a classificação e a interpretação das respostas fornecidas às pranchas de Rorschach, indagamos se existe um método que seja mais adequado para a compreensão da personalidade das pessoas. Várias vezes, levadas pelas críticas que encontramos, nos questionamos sobre a validade do SC. A resposta a essa indagação foi dada por John Exner (1994) em sua avaliação dos cinco sistemas existentes nos Estados Unidos. Em sua conclusão sobre o assunto, o autor afirma que todos os sistemas têm atributos positivos e também

limitações. Podemos trazer essa mesma conclusão para o atual estado da arte do método de Rorschach e todas as suas diferentes formas. Essa situação nos leva a sempre indicar muita seriedade no uso do instrumento das manchas de tinta. Um dos princípios que merece consideração especial é o de que, desde a aplicação até as conclusões, deve-se seguir sempre um único sistema. Apesar de tantos estudos e de muita validade, estamos diante de uma ciência humana, que, apesar de todos os esforços, deixa dados sem respostas definitivas.

Referências

Anastasi, A., & Urbina, A. (2000). *Testagem Psicológica* (Maria Adriana Veríssimo, Trad.). (7a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. .

Beck, S. J. (1933). Configurational Tendencies in Rorschach Responses. *Am. Journal of Psychology*, 45, 433-443.

Beck, S. J. (1944a). *Rorchach's Test* (vol. 1), *Basic Process*. New York: Grune & Stratton.

Beck, S. J. (1944b). *Rorchach's Test* (vol. 2), *Basic Process*. New York: Grune & Stratton.

Beck, S. J. (1952). *Rorschach's Test* (vol. 3), *Advances in Interpretation*. New York: Grune & Stratton.

Exner, J. E. (1969). *The Rorschach Systems*. New York: Grune & Stratton.

Exner, J. E. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system. Basic foundations and principles of interpretation* (Vol. 1). New York: John Wiley & Sons.

Exner, J. E. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system. Basic foundations and principles of interpretation* (Vol. 1, 2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Exner, J. E. (1993). *The Rorschach – A Comprehensive System* (vol. 1), *Basic Foundations* (3a ed.). New York: John Wiley & Sons.

Exner, J. E. (1994). El Rorschach, un Sistema Comprehensivo (vol. 1). In *Rorschach Workshops*. Madrid: Psimática.

Exner, J. E. (1999). *Manual de Classificação do Rorschach para o sistema compreensivo.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Exner, J. E. (2003). *The Rorschach – A Comprehensive System* (vol. 1), *Basic Foundations and Principles of Interpretation* (4a ed.). New Jersey: John Wiley and Sons.

Exner, J. E., & Exner, D. E. (1972). How Clinicians Use the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, *36*(5), 403-408.

Giromini, L., Viglione, D. J., Brusadelli, E., Lang, M., Reese, J. B., & Zennaro, A. (2015). Cross-Cultural Validation of the Rorschach Developmental Index. *Journal of Personality Assessment*, *97*(4), 348-353.

Hertz, M. R., & Rubenstein, B. B. (1939, April). A comparison of three blind Rorschach Analyses. *American Journal of orthopsychiatry, 8*, 295-314.

Klopfer, B., Ainsworth, M. D., Klopfer, W. G., & Holt, R. R. (Eds.). (1956). Developments in the Rorschach Technique (Vol. 2). *Fields of Application*. New York: World Book Company (Yonkers-on-Hudson).

Klopfer, B., Ainsworth, M. D., Klopler, W. G., & Holt, R. R. (Eds.). (1954). *Rorschach Technique* (Vol. 1). New York: World Book Company.

Klopfer, B., Meyer, M., Brawer, F., & Klopfer, W. G. (Eds.). (1970). Developments in the Rorschach Technique (Vol. 3). *Aspects of Personality Structure*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Laerd Statistics (2013). *Standard Score (cont…)*. Recuperado de: https://statistics.laerd.com/statistical-guides/standard-score-2.php

Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation and technical manual*. Toledo, OH: Rorschach Performance Assessment System.

Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The Validity of Individual Rorschach Variables: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Comprehensive System. *Psychological Bulletin, 139*(3), 548-605.

Nascimento, R. S. G. F. (1993). *Bipolares: um estudo de características de personalidade através do Rorschach, no estado eutímico*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a População Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nascimento, R. S. G. F. (2015). Rorschach: Normas para diferentes etapas da vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *31*(4), 481-490.

Nascimento, R. S. G. F. D. (2004). The Impact of Education and/or Socioeconomic Conditions on Rorschach Data in a Brazilian Nonpatient Sample 1. *Rorschachiana, 26*(1), 45-62.

Nascimento, R. S. G. F., Ribeiro R. K. S. M., & Yazigi, L. (2015). *Validation of the Rorschach Developmental Index. CSIRA Meeting.* Milão. Recuperado de http://www.jrscweb.com/_src/sc2745/schedulecsira_finalprogram_2015_2028329.pdf,

Nascimento, R. S. G. F., Resende, A. C., & Ribeiro, R. K. S. M. (2017). *Crianças, Adolescentes e o Método de Rorschach*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.

Nascimento, R. S. G. F., Yazigi, L., Amaro, T. C., & Hisatugo, C. C. (2008). The Rorschach Ego Impairment Index in the Comprehensive System: A study with non-patients and outpatients in Brazil. *Anais International Congress of Rorschach and Projective Methods.* Leuven, Belgium, 19.

Perry, W., & Viglione, D. J. (1991). The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants. *Journal of Personality Assessment*, *56*(3), 487-501.

Perry, W., Viglione, D. J., & Braff, D. (1992). The ego impairment index and schizophrenia: A validation study. *Journal of Personality Assessment, 59*(1), 165-175.

Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1946). *Diagnostic psychological testing* (vol. 2). Chicago: The Year Book Publishers Inc.

Resende, A. C., Nascimento, R. S. G. F., Ribeiro R. K. S. M., & Yazigi, L. (2015). Validation of the Rorschach Developmental Index. *CSIRA Meeting*. Milão, Itália. Recuperado de: http://www.jrscweb.com/_src/sc2745/schedulecsira_finalprogram_2015_2028329.pdf

Shaffer, T. W., Erdberg, P., & Meyer, G. J. (2007). Introduction to the JPA special supplement on international reference samples for the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment, 89*(S1), S2-S6.

Stanfill, M. L.,Viglione, D. J., & Resende, A. C. (2013). Measuring Psychological Development With the Rorschach, *Journal of Personality Assessment*, *95*(2), 174-186.

Tibon-Czopp, S., & Weiner, I. B. (2016). *Rorschach Assessment of Adolescents. Theory, Research, and Practice*. New York: Springer.

Viglione, D. J., Perry, W., & Meyer, G. J. (2003). Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index incorporating the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment, 81*(1), 149-156.

Viglione, D. J., Perry, W., & Meyer, G. J. (2007). Erratum: Correction to: Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index Incorporating the Human Representation Variable. *Journal of Personality Assessment, 89*(2), 209.

Wade, T. C., Baker, T. B., Morton, T. L., & Baker, L.J. (1978). The status of psycological testing in clinical psycology: Relations between Test Use and Professional Activities and Orientations. *Journal of Personality Assessment*, *42(1)*, 3-9.

Weiner, I. B. (2000). *Princípios de Interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

LEITURAS RECOMENDADAS

Nascimento, R. S. G. F., & Lunazzi, H. A. (2014, julho). Cognitive functioning and stress management: a comparative study between Argentinian and Brazilian samples with Higher Level Education. *Congresso Internacional de Rorschach*. Istambul, Turquia, 21.

Nascimento, R. S. G. F., Resende, A. C., & Ribeiro, R. K. S. M. (2014). Intercultural studies of the Rorschach CS normative data for Brazilian children and adolescents. *Congresso Internacional de Rorschach*. Istambul, Turquia, 21.

Piotrowsky, Z. (1965). *Perceptanalysis.* Philadelphia: Ex Libris.

Resende, A. C., Carvalho, T. C. R. D., & Martins, W. (2012). Desempenho médio de crianças e adolescentes no método de Rorschach Sistema Compreensivo. *Avaliação Psicológica*, *11*(3), 375-394.

Ribeiro, R. K. S. M., Semer, N. L., & Yazigi, L. (2011). Rorschach Comprehensive System norms in Brazilian children from public and private schools. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*(4), 671-684.

Viglione, D. J., Perry, W., Jansak, D., Meyer, G. J, & Exner, J. E. (2003). Modifying the Rorschach Human Experience Variable to Create the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment*, *81*(1), 65-74.

Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., Nezworski, M. T., & Gard. H. N. (2001). Coming to Grips With Negative Evidence for the Comprehensive System for the Rorschach: A Comment on Gacono, Loving, and Bodholdt; Ganellen; and Bornstein. *Journal of Personality Assessment*, *77*(1), 48-70.

"Eu vou lhe mostrar alguns cartões com manchas. Procure dizer o que elas podem ser, com que se parecem. Você pode olhar do jeito que quiser. Você vai falando, e eu vou anotando. Quando acabar, me devolva o cartão. Podemos começar?" (Nascimento, 2010, p. 44).

O escore *z* é uma medida para saber quantos desvios padrão (DP) o resultado de uma pessoa está acima ou abaixo da média da população. A fórmula para o cálculo é X- μ/DP, onde X é o escore obtido pela pessoa e μ é a média da variável. (Laerd Statistics, 2013).

Devido à complexidade desses cálculos – que são geralmente efetuados por meio de uma sintaxe – os autores costumam estar disponíveis para contato em caso de dúvidas.

Não foram encontradas referências para 10 variáveis.

Para categorizar a força da evidência, os autores usaram a referência de Hemphill (2003, citado por Mihura et al., 2013), que indica que o terço médio do teste de validade do *effect size* de um teste psicológico varia entre r = 0,21 e 0,33, indicando uma extensão média dos coeficientes esperados. Dessa forma, $r > 0,33$ e $p < 0,001$ indicam ótimo suporte de validade.

16.1.2

AVANÇOS NO RORSCHACH: SISTEMA DE AVALIAÇÃO POR *PERFORMANCE*

Andréia Mello de Almeida Schneider
Ana Cristina Resende

ORIGEM DO R-PAS

O teste das manchas de tinta, o Teste de Rorschach, foi desenvolvido pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach no início do século XX. A vivência com o mundo das cores, das formas, dos sombreados e dos movimentos da profissão do pai, que era professor de artes, assim como os vários anos de estudo sobre o psiquismo humano, parecem tê-lo conduzido naturalmente à construção de seu método de avaliação. Esse método foi construído a partir de 10 borrões de tinta, os quais foram cuidadosamente selecionados e aperfeiçoados artisticamente para posterior publicação de seu livro *Psychodiagnostik*, em 1921. Esse livro apresenta os resultados dos estudos realizados com pessoas de diversas idades, pacientes e não pacientes, a partir da exposição desses 10 cartões.

De 1921 até hoje, vários outros pesquisadores e clínicos se interessaram pelo instrumento criado por Hermann Rorschach, muito provavelmente por ser composto de estímulos complexos, estruturados de modo a proporcionar múltiplas semelhanças perceptivas, formando imagens visuais que competem entre si e que parecem gerar uma espécie de aura mágica em torno do teste. Além disso, é um exame relativamente rápido, portátil e que, com treinamento, pode ser administrado em diversos espaços e contextos, tais como na clínica, na área hospitalar, no âmbito da educação ou na área jurídica, para mencionar apenas algumas possibilidades.

De modo geral, o método tem sido aperfeiçoado desde sua publicação, apesar de manter em sua essência os princípios norteadores básicos de seu criador. Vários sistemas de aplicação, codificação de respostas e interpretação surgiram desde então. O mais internacionalmente usado até hoje foi o Sistema Compreensivo (SC), proposto por Exner em 1974, que reuniu os cinco melhores e mais válidos aspectos dos sistemas disponíveis nos Estados Unidos na época: Sistema de Samuel Beck, Marguerite Hertz, Bruno Klopfer, Zigmunt Piotrowski e de David Rappaport (Nascimento, 2010; Kleiger, 2015). Exner também fundou o Rorschach Research Council (RRC), que tinha a incumbência de avançar e sintetizar as bases da investigação do SC, como meio de orientar o aperfeiçoamento do sistema.

Por ocasião do falecimento de Exner, em fevereiro de 2006, os pesquisadores vinculados ao RRC, coordenado até então por seu fundador, foram impossibilitados de realizar atualizações no SC. Assim, cinco pesquisadores, sendo quatro deles pertencentes ao RRC ainda na época de Exner, deram continuidade às pesquisas que visavam à evolução do SC, o que, em 2011, deu origem ao Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) (Meyer, Viglione, Mihura, Erard, & Erdberg, 2011), aprovado pelo Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi) para uso profissional no Brasil, em 2017, como Sistema de Avaliação por Performance no Rorschach (Meyer, Viglione, Mihura, Erard, & Erdberg, 2017).

Esses cinco pesquisadores, originalmente, trabalharam em questões discutidas pelo RRC como modificações possíveis para o SC, visando também a aprimorar o instrumento para o uso internacional. Desse modo, o R-PAS foi desenvolvido a partir de um corpo de pesquisas empíricas recentes, buscando administrar as limitações identificadas no Rorschach SC. Em síntese, o R-PAS enfatiza quatro aspectos: a solidificação das bases psicométricas do instrumento; as conexões mais transparentes de suas variáveis com processos psicológicos subjacentes; a maior utilidade e parcimônia do instrumento; e sua adaptabilidade aos diferentes países e culturas (Meyer et al., 2011; Meyer & Eblin, 2012).

As diferenças mais marcantes entre o SC e o R-PAS envolvem: a) seleção de variáveis baseada em estudos empíricos que abarcam revisões sistemáticas e metanálises; b) normas internacionais mais recentes e acuradas; c) padronização para aplicação e codificação mais simplificadas e detalhadas; d) utilização de uma forma de aplicação do instrumento que reduz a variação de quantidade de respostas (aplicação R-Otimizada) e melhora a estabilidade do instrumento no reteste; e) disponibilidade de um programa *on-line* para cálculo das variáveis do teste, em uma plataforma virtual segura e acessível por meio de variados dispositivos usando internet, sem necessidade de instalação de um programa específico; e f) imediata transformação dos escores do teste em *standard scores*, fazendo uso de escores-*t* e percentil.

O principal objetivo do teste é avaliar a personalidade, enquanto modo de pensar, sentir e agir. Para tanto, é necessário que o avaliador apreenda, com precisão, o desempenho do examinando no processo de resposta ao teste, isto é, a ação de solucionar um problema (com o que a mancha de tinta se parece?) e como ele resolve esse problema (onde ele vê e o que tem na mancha que fez parecer isso?).

Atualmente, vários pesquisadores brasileiros estão envolvidos na construção de dados empíricos com o R-PAS para sustentar seu uso em nossa realidade nos mais variados contextos (Pianowski, Villemor-Amaral, Yazigi, Nascimento, & Miguel, 2017). Esses estudos iniciaram antes da publicação do manual do R-PAS, em 2011, devido ao constante intercâmbio entre os autores norte-americanos e os pesquisadores brasileiros. Tal parceria foi marcada pela participação conjunta em congressos, expondo os avanços propostos pelo R-PAS em contexto nacional e internacional (Meyer et al., 2016, 2017); por estágios e/ou visitas técnicas aos Estados Unidos de alguns pesquisadores brasileiros; além do desenvolvimento de pesquisas publicadas ou apresentadas no Brasil e no exterior, que serão expostas mais adiante neste capítulo.

BREVE DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO, DA ADMINISTRAÇÃO E DA CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS

O Rorschach, tal como foi concebido no R-PAS, consiste em uma atividade que permite ao examinador observar e avaliar a "personalidade em ação", quantificando e documentando comportamentos importantes, enquanto o examinando analisa as 10 manchas de tinta. O examinador também apreende um amplo leque de respostas idiográficas em que os comportamentos suscitados são uma expressão das características de personalidade e dos estilos de processamento da pessoa. Por meio dessas informações, o examinador pode avaliar a capacidade de adaptação do examinando, o estilo de enfrentamento em situações adversas, as atitudes e preocupações subjacentes e disposições para pensar, sentir e agir de determinada maneira. Essas indicações de preocupações e interesses, estados e traços mais proeminentes em uma pessoa frequentemente facilitam as decisões em que as características de personalidade são uma consideração relevante. Assim, o Rorschach serve a propósitos úteis a diferentes áreas da psicologia, mas especialmente às áreas clínica e jurídica.

O manual do R-PAS é um recurso integrativo que proporciona a informação necessária para aplicar, codificar e interpretar as respostas do examinando ao Rorschach, e isso tem o intuito de minimizar a variabilidade entre examinadores. O manual apresenta orientação pormenorizada e específica, porém novos usuários podem achar o nível de pormenor difícil de assimilar em um primeiro contato. Contudo, com consulta frequente ao manual, como uma referência no ensino ou na prática aplicada, o conteúdo poderá ser internalizado aos poucos e tornar-se progressivamente útil.

Além do manual, o R-PAS oferece o programa de codificação *on-line* que calcula os escores e esboça a interpretação. Apesar disso, consideramos bastante desejável alguma instrução adicional e prática supervisionada para desenvolver a competência no uso do sistema R-PAS.

Preparação prévia e aplicação

A aplicação do R-PAS é padronizada e individual, com examinador e examinando sentados lado a lado. Ela é dividida em duas partes: a primeira é chamada de fase de resposta (FR), e a segunda, denominada fase de esclarecimento (FE). A prática com diversos grupos de idades e escolaridade tem evidenciado um tempo médio de aplicação de aproximadamente 60 minutos, podendo chegar a 90. Os materiais exigidos para aplicação do teste são caneta, folhas para anotação das respostas (aproximadamente 11) ou computador, duas Folhas de Localização (com a réplica dos 10 cartões, usada somente na FE), os cartões organizados para serem entregues na ordem correta (do 1 ao 10) e com as manchas viradas para baixo.

Após um breve *rapport*, a FR inicia com a entrega do primeiro cartão e com uma pergunta ao examinando: "Com o que isso se parece? Tente dar duas respostas... ou talvez três a cada cartão", constituindo o que se chamou de aplicação R-Otimizada. Com esta instrução, esperam-se 24-25 respostas, mas se, ao final, o protocolo não tiver, ao todo, no mínimo 15 respostas, o examinador repassa todos os cartões e solicita que o examinando procure fornecer mais algumas respostas para que o protocolo seja considerado útil para o propósito da avaliação (FR adicional).

Na FE, o examinador faz perguntas sobre onde e como foram vistas as respostas nos cartões, anota as respostas e identifica as localizações na Folha de Localização. Não se registram novas

respostas nessa segunda etapa da aplicação; o avaliando deve apenas esclarecer aspectos tal como os percebeu originalmente na FR. O objetivo da FE é codificar as respostas com precisão e, para isso, o examinador deve estar atento para verificar se todas as categorias de codificação estão claras, a fim de garantir a acurácia do sistema R-PAS. O manual traz diversas orientações sobre como fazer esse esclarecimento sem interferir nas respostas do avaliando.

Além desses cuidados, durante toda a aplicação, o examinador deve assegurar-se de que a comunicação e o comportamento do examinando, verbal e não verbal, sejam cuidadosamente observados e registrados (palavra por palavra) para que a codificação e a interpretação subsequentes sejam válidas. As posições do cartão também devem ser registradas para posterior interpretação. Para que as anotações sejam céleres, o examinador pode fazer várias abreviações de palavras enquanto faz todas as anotações necessárias, e várias delas estão sugeridas no manual para que sejam padronizadas.

Codificação das respostas

Após a aplicação, o próximo passo é efetuar a codificação das respostas. Nessa etapa, devemos transformar o que o avaliando disse em códigos predeterminados, de acordo com as orientações do manual do R-PAS. Nesse momento, é importante ter em mente que o que importa é o que a pessoa respondeu e como ela respondeu. Não importa se quem aplicou o teste vê de modo diferente. Aqui estamos codificando o que o examinando vê e como ele vê, o que dará origem a uma série de informações sobre a sua personalidade.

O manual fornece também alguns direcionamentos sobre como solucionar dúvidas de codificação de respostas que, mesmo que o psicólogo tenha tentado esclarecer com o examinando durante a aplicação na FE, ainda assim não tenham ficado claras. A padronização apresentada no manual é extremamente importante para garantir que não haja diferenças significativas entre diferentes psicólogos, caso fossem efetuar o levantamento do mesmo protocolo de respostas.

Finalizada essa etapa, todos os códigos podem ser lançados no Programa de Codificação *on-line*. No programa, há a opção de digitar todos os códigos ou de selecioná-los a partir de uma lista. Esta última parece ser a mais indicada para novos adeptos do R-PAS, pois apresenta um lembrete visual dos códigos possíveis para cada um dos sete grupos que precisam ser codificados a cada resposta. Ao final, o programa fornece a Sequência de Codificação, de acordo com os dados inseridos pelo examinador.

Lembramos que também é possível codificar um protocolo com papel e caneta, mas, com o programa *on-line* de codificação do R-PAS (www.r-pas.org), além de diminuir a probabilidade de erros, temos acesso a uma série de outras possibilidades de trabalho com os protocolos, dependendo do perfil de usuário (clínico, professor ou pesquisador). Para utilizar o programa *on-line*, é necessário que o codificador tenha cadastrado no *site* um *login* e uma senha.

Com os códigos da Sequência de Codificação (feito com papel e caneta ou com o sistema *on-line*) prontos, eles devem ser agrupados para que possamos ter um sumário das características de personalidade do examinando. Nessa fase, os códigos de todas as respostas do protocolo são contados, e escores, porcentagens e proporções do sumário são calculados com a finalidade de obter os resultados finais para a interpretação. Parece complicado, mas o Programa de Codificação *on-line* efetua todos os cálculos. O manual do R-PAS inclusive recomenda que

novos usuários utilizem o Sistema *on-line* para garantir a acurácia de todas as contagens e de todos os cálculos.

A página do programa que apresenta a informação do sumário chama-se página de “Contas & Cálculos do Nível de Protocolo R-PAS”. Essa página é a base das codificações interpretadas nas duas Páginas do Sumário das Codificações e Perfis. Elas são chamadas de Perfis da Página 1 e Página 2. Para cada escore do sumário, o programa apresenta também percentis e notas padronizadas, tendo por base os dados normativos internacionais.

Com relação à Página 1 e à Página 2, parece importante deixar aqui um alerta: a Página 1 apresenta as variáveis de maior força estatística, comprovada por estudos de metanálise e, portanto, dotadas de uma base sólida de investigação (Meyer et al., 2017; Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel, 2013); a Página 2 apresenta as variáveis que ainda carecem de pesquisas empíricas, mas que, até o momento, apresentam boas evidências clínicas, mas que devem ser consideradas com mais prudência (Meyer & Eblin, 2012; Meyer et al., 2017). É preciso ter em mente que, conforme o avanço das pesquisas com o R-PAS, as variáveis da Página 2 poderão passar para a Página 1 ou serem excluídas do levantamento do instrumento. Portanto, é importante que o profissional, usuário do instrumento, mantenha-se sempre atualizado em relação às pesquisas do R-PAS, acessando o *site* do R-PAS ou as bases de busca de artigos, dissertações e teses.

Interpretação

Visão geral

O R-PAS oferece informação para que o psicólogo possa fazer uma avaliação nomotética e idiográfica. A perspectiva nomotética permite comparações entre o examinando e a amostra normativa do teste, tendo uma visão, conforme afirma Primi (2010), mais psicométrica, voltada à pesquisa e à descoberta de leis gerais, permitindo comparar a pessoa avaliada com expectativas normativas da população geral. Já a perspectiva idiográfica, segundo o mesmo autor, está mais relacionada à prática clínica e à compreensão da riqueza psíquica individual, pois tem como foco o indivíduo, e isso é de extrema relevância clínica.

Cada variável interpretada no R-PAS está fundamentada em pesquisas. Assim, a seleção e a interpretação de variáveis baseiam-se em uma combinação de dois tipos de suporte empírico: validade nomotética, demonstrada pelas pesquisas, e processo de resposta/base comportamental representacional, derivada do desempenho ao vivo do avaliando (Meyer et al., 2017).

De acordo com o manual do R-PAS (Meyer et al., 2017), os comportamentos e as variáveis do Rorschach mostram como o examinando filtra e organiza a informação a que dedica atenção no cartão, como justifica e aplica significado aos estímulos e às situações, quão convencional ou idiossincrático percebe e quão lógico ou efetivamente pensa e se comunica com outra pessoa. Além disso, as variáveis mostram como as pessoas manejam as suas inconsistências, contradições e ambiguidades perceptuais e conceituais. Assim, conseguimos ter uma boa ideia a respeito do modo de pensar, sentir e agir de uma pessoa.

É interessante notar que, na prática, muitos profissionais parecem optar, como instrumento de primeira escolha, por escalas e inventários de autorrelato em vez de técnicas como o Rorschach. Os instrumentos de autorrelato são extremamente úteis para que possamos compreender como a pessoa que está sendo avaliada se percebe. No entanto, algumas pessoas podem ter conhecimento das implicações de seus comportamentos ao responder um instrumento de autorrelato e tentar

manipulá-lo, ao passo que outras podem não querer ou ser incapazes de comunicar o que é revelado em seu comportamento manifesto ou latente. Esses instrumentos colocam a pessoa diante de uma situação em geral simples e familiar, em que ela normalmente sabe o que se espera dela, bem como consegue ter algum controle cognitivo sobre suas respostas.

Ao ser submetido ao Rorschach, o examinando é colocado diante de uma situação interpessoal complexa do ponto de vista emocional e cognitivo e não familiar, em que ele normalmente não sabe o que se espera dele e não consegue ter muito controle cognitivo de suas respostas. Assim, o Rorschach produz mais ansiedade, em especial, porque a pessoa não sabe de antemão o que as suas respostas estão revelando sobre ela. O teste também exige investimento afetivo, cognitivo e reflexivo.

Além disso, lembramos que o Rorschach é um instrumento que busca primordialmente apreender a personalidade por meio da percepção, independentemente de qualquer fundamentação teórica da personalidade (Rorschach, 1921/1978). A validade do método não depende de nenhuma teoria de personalidade. “Um traço revelado no protocolo do Rorschach pode ser interpretado psicanaliticamente ou sociologicamente ou fisiologicamente ou educacionalmente ou por combinação de conceitos tirados de diferentes ciências” (Piotrowski, 1957, p. xiii). Essa noção foi enfatizada por Exner (2003) quando SC foi criado, em 1974. O mais importante no teste é o modo como a pessoa percebe as coisas e raciocina. Desse modo, as palavras, as imagens e as ações observadas ao longo do Rorschach são inerentes à maioria das pessoas e, portanto, podem ser interpretadas e compreendidas segundo muitas perspectivas teóricas, incluindo a cognitiva, a comportamental, a psicanalítica ou a humanista.

De qualquer forma, destacamos a importância de que um processo de avaliação psicológica seja verdadeiramente encarado como um “processo”: com início (*rapport*, entrevista inicial e contrato), meio (aplicação de instrumentos psicológicos) e fim (devolução dos resultados e relatório). Nesse processo, consideramos importante a realização de entrevistas, a observação e o uso de instrumentos combinados. Conforme o próprio manual do R-PAS salienta, existem casos bem documentados de pessoas que levam vidas razoavelmente normais e produtivas, apesar de protocolos de Rorschach aparentemente perturbados e caóticos. Nesses casos, é provável que haja competências compensadoras e/ou interações ambientais que ajudem a sustentar o seu ajustamento manifesto aparentemente superior (Meyer et al., 2017), mas isso só poderá ser visto se o processo contemplar uma bateria de testes (na maioria dos casos de dois a cinco) adequada à demanda de avaliação, além de observações e entrevistas.

Passos para a interpretação

O R-PAS fornece informações agrupadas em diferentes conjuntos de variáveis, chamados de domínios: Engajamento e Processamento Cognitivo, Percepção e Pensamento, Estresse e Distresse, Representação de Si e do Outro (Meyer et al., 2017).

1. **Engajamento e Processamento Cognitivo:** as variáveis que compõem esse domínio estão relacionadas a produtividade, motivação e compromisso no processo do teste, recursos psicológicos do examinando, bem como a Complexidade. É bem provável que déficits neurológicos impliquem um desempenho inferior nesse domínio.
   - Complexidade: trata-se de um marcador de grande importância no R-PAS, pois se correlaciona com diversas variáveis do teste, tanto que os escores podem ser ajustados com base no nível de Complexidade do avaliado. Está relacionado a inteligência, curiosidade,

abertura a experiências, produtividade e recursos psicológicos, podendo variar conforme o engajamento do avaliado ao responder ao teste. Avalia características associadas a inteligência, criatividade, curiosidade, atenção a detalhes, abertura a novas experiências, produtividade e recursos psíquicos para enfrentamento e solução de problemas. Responder ao teste com alto escore de Complexidade pode indicar que a pessoa dispõe de mais recursos psicológicos eficientes para superar limites e obstáculos; está associado com mais sucesso e flexibilidade no enfrentamento de situações estressantes, bem como a uma preferência por mais atividade cognitiva e energia ao reagir às dificuldades do dia a dia. Eventualmente, o aumento da Complexidade também pode indicar a presença de perturbações, tais como perda do controle ou do foco como resultado de ansiedade, agitação, mania, trauma, psicose emergente, de ruminação autodestrutiva, ou obsessões. Nesse caso, outros dados do teste corroboram esses prejuízos.

2. **Percepção e Pensamento:** problemas de pensamento, juízo crítico e/ou percepção da realidade são avaliados nesse domínio, indicando também quão convencional o examinando é ao perceber o mundo ao seu redor. Esse domínio normalmente está comprometido nos transtornos de espectro esquizofrênico, nas perturbações psicóticas ou em qualquer perturbação mental grave.
3. **Estresse e Distresse:** está relacionado com a vivência de desconforto afetivo, estresse, tensão, angústia e confusão emocional que a pessoa traz consigo. Nesse domínio, os sentimentos de desamparo, profunda insegurança, sentimentos de desvalorização e de autocrítica são investigados.
4. **Representação de Si e do Outro:** as variáveis desse domínio avaliam o modo como o examinando se relaciona com outras pessoas e como compreende o próprio *self*. Sendo um componente muito importante da adaptação do indivíduo, esse domínio tem implicações para as diferentes psicopatologias, em geral porque a relação interpessoal é um componente central da adaptação humana.

Seguindo os pressupostos do manual (Meyer et al., 2017), recomendamos que o processo de interpretação compreenda quatro etapas:

1. Revisar as informações obtidas em entrevistas e observação (p. ex., idade, contexto do examinando e nível educacional) assim como o motivo da avaliação.
2. Pensar em expectativas e hipóteses, estimando o grau de saúde psicológica e de adaptação do examinando, a partir das entrevistas e de outros testes, para as variáveis do Rorschach.
3. Analisar os resultados, primeiro considerando a expectativa nomotética (tabelas normativas do teste) e, depois, a idiográfica (parte-se do mais geral para o individual):
   a. verificar os escores extremos, ou seja, aqueles que apareceram muito baixos ou muito elevados em relação à média normativa, para se familiarizar com todos os resultados de forma rápida;
   b. analisar as codificações pertinentes ao comportamento do examinando;
   c. verificar se o protocolo é de baixa, média ou alta Complexidade;
   d. analisar as variáveis do domínio de Engajamento e Processamento Cognitivo, seguido dos domínios de Problemas de Percepção e do Pensamento, Estresse e Distresse e Representação de Si e do Outro, tendo sempre em mente a demanda da avaliação;
   e. sintetizar os achados do teste, considerando que nenhuma variável deve ser interpretada

isoladamente e levando em conta informações obtidas nas entrevistas, na observação e em outros instrumentos;

f. esclarecer incertezas e contradições colocando à prova as hipóteses e as expectativas do examinador quanto aos resultados do examinando e verificando o impacto nas respostas à demanda da avaliação psicológica.

Com isso, enfatizamos que, mesmo que o R-PAS ofereça o sistema *on-line* para cálculo dos escores e forneça parâmetros gerais de interpretação, o sistema não substitui o trabalho do psicólogo e muito menos a experiência clínica para costurar todas as informações do teste com outras fontes de informação, sejam entrevistas, observações e/ou outros testes.

Pesquisas recentes nos contextos clínico e não clínico

O R-PAS tem se desenvolvido fortemente no âmbito nacional e internacional. Pesquisadores brasileiros têm contribuído para essa proposta. A seguir apresentamos alguns estudos recentes.

No contexto clínico, Resende e colaboradores (2015, julho) têm estudado crianças diagnosticadas com transtorno de oposição desafiante (TOD), considerando algumas variáveis do R-PAS e o Índice de Desenvolvimento (ID). O ID é uma medida composta com base na idade que tem se mostrado sensível para avaliar maturidade psicológica e mudanças ao longo do desenvolvimento. Sua principal aplicação é na comparação do nível de desenvolvimento psicológico com a idade cronológica, permitindo, assim, estimar a maturidade do indivíduo (Giromini et al., 2015; Resende & Yazigi, 2014, julho; Stanfill, Viglione, & Resende, 2013). Os resultados revelaram tendência maior para índices de maturidade psicológica menores em crianças diagnosticadas com TOD, o que pode predispor essas crianças a agravar seus estados psicológicos em função do déficit no desenvolvimento.

Semer, Abela e Yazigi (2014) estudaram a percepção de si mesmo em pacientes com dor crônica por meio do R-PAS. As autoras observaram que esses pacientes apresentavam identidades pouco constituídas e que 81% deles demonstraram significativo comprometimento das funções egoicas (Índice de Enfraquecimento do Ego-3 – EII-3). A avaliação por meio desse instrumento possibilitou planejar estratégias específicas de intervenção psicológica com esses pacientes. Vieira e Villemor-Amaral (2015) encontraram evidência de validade para o R-PAS na avaliação de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Atualmente, têm se realizado estudos analisando a relação entre as variáveis do R-PAS e os circuitos neurais cerebrais por meio da ressonância magnética funcional (RMf). A partir de análises de conectividade funcional do estado de repouso se explora a arquitetura funcional do cérebro em relação a construções psicológicas de variáveis de Rorschach relacionadas a estilos perceptivos e traços de personalidade (Cristofanelli, Pignolo, Ferro, Ando, & Zennaro, 2016).

Nessa mesma linha de estudos, Giromini e colaboradores (2016) investigaram a validade preditiva das variáveis do R-PAS do domínio Estresse e Distresse diante de uma maior reatividade simpática a um leve estresse induzido em laboratório, ocorrido uma semana após a administração do Rorschach. Os resultados confirmaram parcialmente as hipóteses, e a maioria das variáveis de Estresse e Distresse do R-PAS foram significativamente correlacionadas na direção esperada, com grandes magnitudes de efeito.

Considerando a área jurídica, estudos têm sustentado que as soluções e os avanços do R-PAS favorecem o uso do Rorschach nas avaliações forenses, especialmente em avaliações envolvendo

a custódia de crianças e danos psíquicos (Erard, 2013; Erard, Meyer, & Viglione, 2014). Estudos brasileiros exploratórios têm buscado levantar indicadores de agressividade e compreensão do comportamento violento contra mulheres (Rovinski, Bandeira, Pariz, & Schneider, 2015).

Outros estudos apontam a utilidade do R-PAS para avaliar comprometimentos da maturidade psicológica, por meio do ID (Stanfill et al., 2013), em crianças em situação de vulnerabilidade (Resende, Viglione, Martins, & Yazigi, 2017; Resende, Viglione, & Yazigi, 2015). Estudos de validade e fidedignidade com adolescentes entre 11 e 14 anos começam a ser conduzidos no Brasil, em 2017, com a coorientação de Meyer, um dos autores do R-PAS (Schneider, 2016).

Propriedades psicométricas do R-PAS

O R-PAS utiliza dados normativos de referência internacional, sendo a maioria proveniente do número especial do *Journal of Personality Assessment* (Meyer, Erdberg, & Shaffer, 2007). Nesse sentido, é importante destacar que a amostra internacional de referência do R-PAS foi constituída também por amostras brasileiras coletadas por Nascimento (2010). Como todos esses protocolos foram coletados conforme as normas de aplicação do SC, eles tiveram de ser selecionados de acordo com o perfil estabelecido pelos autores do R-PAS, ou seja, de acordo com a aplicação R-Otimizada, por meio de técnicas rigorosas de seleção que foram explicitadas por Meyer e colaboradores (2011). Isso resulta em normas mais precisas para adultos (Meyer, Shaffer, Erdberg, & Horn, 2015), crianças e adolescentes (Viglione & Giromini, 2016), recentemente replicadas em dados normativos brasileiros (Pianowski, Meyer, & Villemor-Amaral, 2016). Contudo, atualmente, estão sendo coletados dados que comporão dados normativos brasileiros e internacionais, por meio da aplicação padronizada do R-PAS (Schneider, 2016). Quanto às referências normativas genuinamente brasileiras, Hisatugo, Custódio, Bassani e Decarli (2013) e Martins (2016) apresentaram dados normativos para crianças não pacientes de 7 a 14 anos, e Amaro (2014) tem coletado dados normativos do R-PAS para a população idosa no Brasil.

Além disso, o R-PAS surgiu com o propósito de avançar na qualidade das propriedades psicométricas do Rorschach, visando, especialmente, a reduzir a variabilidade entre examinadores (Meyer et al., 2011), otimizar o número de respostas que as pessoas fornecem ao teste (Pianowski et al., 2016; Viglione et al., 2015), revisar as expectativas normativas para corrigir os vieses de psicopatologização de algumas variáveis (Meyer et al., 2007; Meyer, Shaffer, et al., 2015), assegurar que a interpretação esteja de acordo com a base de evidência de -validade de cada variável (Meyer, Hsiao, Viglione, Mihura, & Abraham, 2013; Mihura et al., 2013; Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel, 2016) e facilitar a interpretação (Meyer & Eblin, 2012; Meyer et al., 2017).

No sentido de verificar se o R-PAS otimizaria o número de respostas que as pessoas produzem no teste, bem como avaliar o efeito da proposta de aplicação R-Otimizada em amostras brasileiras, temos os estudos de Herênio, Loth e Resende (2010, setembro), em estudantes universitários, e os estudos de Resende e Martins (2013) e Hisatugo e colaboradores (2013), em crianças de 7 a 14 anos. Os resultados evidenciaram a eficiência das novas instruções da aplicação otimizada do R-PAS (na supressão dos protocolos muito curtos ou muito longos) comparadas com as do SC, em todas as amostras estudadas. Em sentido semelhante, Pianowski e colaboradores (2016) também examinaram o impacto da aplicação R-Otimizada nos valores de referenciais normativos brasileiros do SC. Os resultados desse estudo apontaram que o uso da aplicação R-Otimizada no Brasil produziu dados normativos semelhantes aos encontrados para a

amostra brasileira do SC e aos internacionais utilizados no R-PAS, o que favorece o uso dos novos procedimentos da aplicação R-Otimizada, como também reforça o uso do referencial normativo internacional do R-PAS.

Quanto aos vieses de psicopatologização de algumas variáveis do teste, os estudos de Yazigi e colaboradores (2013, 2016) em uma amostra de casos psiquiátricos, assim como o estudo realizado por Viglione e colaboradores (2011), em amostras diversificadas, revelaram que a lista de referência para corrigir a qualidade da forma das respostas, proposta pelo R-PAS, contribui para uma menor psicopatologização das amostras de não pacientes, sem deixar de discriminar os quadros psicopatológicos.

Considerando outras propriedades psicométricas do R-PAS, Meyer e colaboradores (2017) examinaram a confiabilidade entre avaliadores para os seis códigos que, em relação ao SC, eram novos para o R-PAS: Reversão do Espaço, Integração do Espaço, Conteúdo Agressivo, Linguagem de Dependência Oral, Mutualidade de Autonomia (Saúde e Patologia), com avaliadores em diferentes níveis de treinamento no Rorschach. A média dos coeficientes de confiabilidade foi excelente (ICC = 0,81), conforme parâmetros apresentados por Cicchetti (1994).

No Brasil, Resende e Martins (2015) realizaram um estudo de verificação da precisão do sistema de codificação do R-PAS por meio da concordância entre juízes *experts* no Rorschach. A codificação de 60 protocolos infantis por dois avaliadores independentes foi analisada estatisticamente, usando o Índice de Correlação Intraclasse (ICC), revelando elevada concordância entre juízes para os 49 indicadores avaliados, com valores entre 0,79 e 1,00, o que é considerado excelente (Cicchetti, 1994). Corroborando com esses resultados, Kivisalu, Lewey, Shaffer e Canfield (2016) também demonstraram que avaliadores bem treinados podem codificar variáveis do R-PAS com confiabilidade variando entre excelente a boa.

Ainda sobre propriedades psicométricas muito boas em relação ao R-PAS, o estudo de Primi, Meyer, Carvalho e Miguel (2010) indicou que psicopatologias mais severas – considerando que a psicose seja a mais grave – estão associadas a produções atípicas e pouco convencionais no Rorschach. Meyer (2016) revela importantes correlações entre as variáveis do Rorschach com habilidades neuropsicológicas. Além disso, Meyer, Giromini, Viglione, Reese e Mihura (2015) examinaram a associação de gênero, etnia, idade e escolaridade em amostras clínicas e não clínicas de adultos e jovens. Como previsto, não houve associações significativas entre gênero, etnia ou idade adulta, indicando que as pessoas não apresentam diferenças entre si no tocante ao funcionamento global da personalidade quando são considerados o sexo e a idade em adultos. No entanto, anos de escolaridade foram associados a variáveis indicativas de maior complexidade e articulação de sutileza psicológica, de maior capacidade de síntese cognitiva e mais recursos de enfrentamento. Considerando a amostra clínica de jovens, o aumento da idade foi associado principalmente a uma percepção mais convencional e a processos de pensamento menos ilógicos.

Todos esses estudos estão relacionados a pontos centrais do R-PAS que se diferenciam do SC e constituem apenas uma amostra do que se tem investigado por meio desse sistema, que aponta avanços no âmbito de suas propriedades psicométricas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O INSTRUMENTO

O Rorschach é um instrumento que vem sendo desenvolvido desde 1921, quando foi publicado o livro *Psychodiagnostik*, de Hermann Rorschach. As manchas de tinta revelam como a pessoa se comporta em situações incomuns, mais estressantes ou desafiadoras, em que ela não consegue captar de antemão o que se espera dela para realizar a tarefa. Uma vantagem desse instrumento é que, devido à metodologia indireta que emprega, por meio do desempenho no teste, ele pode contornar as limitações dos instrumentos de personalidade de autorrelato (escalas, inventários e questionários), que estão limitados ao que a pessoa é capaz, ao que ela está disposta a dizer sobre si mesma ou ao quão consciente está de suas próprias características. Consequentemente, o Rorschach pode revelar características de personalidade que as pessoas não reconhecem plenamente em si ou hesitam em admitir quando questionadas sobre elas diretamente. Nesse sentido, o instrumento é menos suscetível à manipulação ou à dissimulação consciente e intencional por parte do examinando (Tibon-Czopp & Weiner, 2016; Weiner & Greene, 2008).

Outra vantagem do Método de Rorschach é a de que todos os tipos de comportamentos inferidos de um protocolo podem ser interpretados e compreendidos a partir de muitos pontos de vista teóricos, seja ele o cognitivo, o comportamental, o psicanalítico ou o humanista. Além disso, o Rorschach é um instrumento de avaliação psicológica que tem o potencial para ser administrado em contextos transculturais, visto que as manchas de tinta que o compõem são estímulos visuais mais neutros do que fotografias ou desenhos bem estruturados, bem como dispensa o uso de tradução de itens (Dana, 2005; Resende & Argimon, 2010).

Por outro lado, ao contrário das medidas de autorrelato, o Rorschach requer um extenso estudo e uma prática supervisionada para se tornar proficiente em sua administração e pontuação (Gacono, Evans, & Viglione, 2008; Meyer et al., 2011), além de exigir, de quem analisa as informações, mais fundamentação teórica na área de psicopatologia e desenvolvimento da personalidade. Caso contrário, corre-se o risco de gerar inferências especulativas que não se aplicam na prática ou afirmações mais pessoais sem confirmações empíricas.

De modo geral, o Rorschach, enquanto um método de avaliação da personalidade, mostra-se como uma importante ferramenta de trabalho do psicólogo. Por mais que já se tenha especulado sobre o teste (tanto críticos do Rorschach quanto público leigo), pesquisas atuais continuam evidenciado o significativo poder preditivo do instrumento. Acreditamos que o que lhe confere esse poder é justamente a qualidade psicométrica do método, que vem acompanhado de uma consistência empírica inegável. O R-PAS é de simples aplicação, porém de codificação e interpretação mais complexas e, por isso, traz um diferencial importante ao profissional que o utiliza em um processo de avaliação psicológica. Quem se dedica a estudá-lo com afinco e a utilizá-lo na avaliação psicológica, reconhece seu valor e tende a não o abandonar mais, pois a riqueza de informações que o instrumento fornece sobre o examinando compensa a sua complexidade.

REFERÊNCIAS

Amaro, T. A. C. (2014). Contribuições do Rorschach Performance System (R-PAS) na avaliação da personalidade com idosos. *Anais do Congresso Clinica Escola*. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 23.

Bandeira, D. R., Rovinski, S. L. R., Pariz, J., & Schneider, A. M. A. (2015). Indicadores de agressividadedo Rorschach (R-PAS) no contexto forense: Um estudo preliminar com homens autores de violência contra a mulher. *Congreso Latinoamericano de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas*. Santiago, Chile, 16.

Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, *6*(4), 284–290.

Cristofanelli, S., Pignolo, C., Ferro, L., & Zennaro, A. (2016). Rorschach Nomological Network and Resting-State Large Scale Brain Networks. *Rorschachiana*, *37*(1), pp. 74-9,

Dana, R. H. (2005). *Multicultural Assessment: Principles, Applications, and Example*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Erard, R. E. (2013). The use of the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) in a child custody case. *Anais do Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica*, Maceió, 6.

Erard, R. E., Meyer, G. J., & Viglione, D. J. (2014). Setting the Record Straight: Comment on Gurley, Piechowski, Sheehan, and Gray (2014) on the Admissibility of the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) in Court. *Psychological Injury and Law*, *7*(2), 165–177.

Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system* (Basic foundations and principles of interpretation) (Vol. 1). New York: Wiley & Sons.

Gacono, C. B., Evans, F. B., & Viglione, D. J. (2008). Essential issues in the forensic use of the Rorschach. In C. B. Gacono, F. B. Evans, N. Kaser- Boyd, & L. A. Gacono (Eds.), *The handbook of forensic Rorschach assessment* (pp. 3–20). New York, NY: Routledge.

Giromini, L., Ando', A., Morese, R., Salatino, A., Di Girolamo, M., Viglione, D. J., & Zennaro, A. (2016). Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) and vulnerability to stress: A preliminary study on electrodermal activity during stress. *Psychiatry Research*, 246, 166–172.

Giromini, L., Viglione, D. J., Brusadelli, E., Lang, M., Reese, J. B., & Zennaro, A. (2015). Cross-Cultural Validation of the Rorschach Developmental Index. *Journal of Personality Assessment*, *97*(4), 37–41.

Herênio, A. C. B., Loth, O. A. M., & Resende, A. C. (2010). A variação do número de respostas no Rorschach: SC e RPAS. *Anais do Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão*. São Paulo, 3.

Hisatugo, C. L. C., Custodio, E. M., Bassani, G. J., & Decarli, V. R. (2013). Normative study with children from Brazil using the R-PAS and the Optimized-R guide: preliminary data. *Annual meeting of the Society for Personality Assessment*. San Diego.

Kivisalu, T. M., Lewey, J. H., Shaffer, T. W., & Canfield, M. L. (2016). An investigation of interrater reliability for the Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) in a nonpatient U.S. sample. *Journal of Personality Assessment, 98*(4), 382–390.

Kleiger, J. H. (2015). An Open Letter to Hermann Rorschach What Has Become of Your Experiment ? *Rorschachiana*, *36*, 221–241.

Martins, L. D. (2016). *Rorschach Performance Assessment System em Crianças*. Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil.

Meyer, G. J. (2016). Neuropsychological factors and Rorschach performance in children. *Rorschachiana, 37*(1), 7-27.

Meyer, G. J., & Eblin, J. J. (2012). An overview of the Rorschach Performance Assessment System (RPAS). *Psychological Injury and Law*, *5*(2), 107–121.

Meyer, G. J., Erdberg, P., & Shaffer, T. W. (2007). Toward international normative reference data for the comprehensive system. *Journal of Personality Assessment*, *89*(supl1), 201–216.

Meyer, G. J., Giromini, L., Viglione, D. J., Reese, J. B., & Mihura, J. L. (2015). The association of gender, ethnicity, age, and education with Rorschach scores. *Assessment, 22*(1), 46–64.

Meyer, G. J., Hsiao, W.C., Viglione, D. J., Mihura, J. L., & Abraham, L. M. (2013). Rorschach scores in applied clinical practice: A survey of perceived validity by experienced clinicians. *Journal of Personality Assessment, 95*, 351-365.

Meyer, G. J., Shaffer, T. W., Erdberg, P., & Horn, S. L. (2015). Addressing issues in the development and use of the composite international reference values as Rorschach norms for adults. *Journal of Personality Assessment, 4*(97), 330–347.

Meyer, G. J., Viglione, D. J., Giromini, L., Crow, J., Hisatugo, C., Resende, A. C., … & Williams, A. (2016). *Current R-PAS transitional child and adolescent norms.* Recuperado de: https://www.r-pas.org/CurrentChildNorms.aspx

Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., & Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, Coding, Interpretation and Technical Manual*. Toledo: Rorschach Performance Assessment System, LLC.

Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E., & Erdberg, P. (2017). *R-PAS - Sistema de Avaliação por Performance no Rorschach.* São Paulo: Hogrefe.

Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables - systematic reviews and meta-analyses of the Comprehensive System. *Psychol Bull*, *139*(3), 548–605.

Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2016). On conducting construct validity meta-analyses for the Rorschach: A reply to Tibon Czopp and Zeligman (2016). *Journal of Personality Assessment*, *98*(4), 343–350.

Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema Compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pianowski, G., Meyer, G. J., & Villemor-Amaral, A. E. (2016). The impact of R-Optimized administration modeling procedures on Brazilian normative reference values for Rorschach scores. *Journal of Personality Assessment, 98*, 408–418.

Pianowski, G., Villemor-Amaral, A. E., Yazigi, L., Nascimento, R. S. G. F., & Miguel, F. K. (2017). Apêndice à edição brasileira do R-PAS. In G. J. Meyer, D. J. Viglione, J. L. Mihura, R. E. Erard, & P. Erdberg (Eds.), *Rorschach Performance Assessment System: Manual técnico de administração, codificação e interpretação* (pp. 599–623). São Paulo: Hogrefe.

Piotrowski, Z. A. (1957). *Perceptanalysis*. New York: Macmillan.

Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria E Pesquisa, 26*(spe), 25–35.

Primi, R., Meyer, G. J., Carvalho, L. d. F., & Miguel, F. K. (2010). The development of a Code Similarity Index to improve Rorschach Assessment of Conventionality. In G. J. Meyer (Chair), Advances in Rorschach Performance Assessment: Part I. *Annual meeting of the Society for Personality Assessment*, San Jose, CA.

Resende, A. C., & Argimon, I. . (2010). Perspectiva transcultural do Método de Rorschach. In S. R. Pasian (Ed.), *Avanços do Rorschach no Brasil.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Resende, A. C., & Martins, L. D. (2013). A variação da produtividade no Rorschach de crianças: SC Versus R-PAS. *Anais Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica: Direito de todos, dever do psicólogo.* Maceió, 6.

Resende, A. C., & Martins, L. D. (2015). Confiabilidade inter avaliadores para o Rorschach Performance Assessment System, R-PAS, em crianças. *Anais do Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica: Avaliação Psicológica e seus desafios nas diferentes regiões do Brasil*. São Paulo, 8.

Resende, A. C., Nascimento, R. S. G. F., Ribeiro, R. K. S. M., Haddad, A. H., Yagizi, L., & Lotufo, F., Neto (2015, julho). O Método de Rorschach na infância e adolescência: desenvolvimento, diferenças interculturais, transtorno desafiador de oposição. *Anais do VII Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica.* São Paulo, 7. Recuperado de: http://www.ibapnet.org.br/congresso2015/anais/resumos/R0126-1.html

Resende, A. C., Viglione, D. J., Martins, L. D., & Yazigi, L. (2017.). Criterion validity for Rorschach Developmental Index with children. *Journal of Personality Assessment*, 1-8. [Epub ahead of print]

Resende, A. C., Viglione, D. J., & Yazigi, L. (2015). Associations between Rorschach Developmental Index, and general intelligence and social vulnerability. *Annual Convertion of the Society for Personality Assessment.*

Resende, A. C., & Yazigi, L. (2014, julho). Evidence of Validity of the Rorschach Developmental Index. *International Congress of Rorschach and Projective Methods*. Istanbul, Baglam YaYincilik, 21.

Rorschach, H. (1921/1978). *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou (Obra originalmente publicada em 1921).

Rovinski, S. L. R., Bandeira, D. R., Pariz, J., & Schneider, A. M. A. (2015). *Análise de códigos temáticos e conteúdos do Rorschach R-PAS em homens autores de violência contra a mulher*. *Anais do Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica*. São Paulo,8.

Schneider, A. M. A. (2016). *Estudo de validade e fidedignidade do R-PAS: uma ponte entre a pesquisa e a clínica com adolescentes.* Pré-projeto de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre.

Semer, N. L. Abela, R. K. & Yazigi, L. (2014). Noção de sim mesmo em pacientes com dor crônica por meio do Rorschach pelo R-PAS. *International Congresse fo Rorschach and Projective Methods*, Istanbul, Baglam YaYincilik, 21.

Stanfill, M. L., Viglione, D. J., & Resende, A. C. (2013). Measuring Psychological Development With the Rorschach. *Journal of Personality Assessment, 95*(2), 174–186.

Vieira, P. G., & Villemor-Amaral, A. E. (2015). Evidências de validade do Rorschach Performance Assessment System no diagnóstico da esquizofrenia. *Avaliação Psicológica, 14*(1), 53-62.

Tibon-Czopp, S., & Weiner, I. B. (2016). *Rorschach assessment of adolescents: Theory, research, and practice.* New York: Springer-Verlag.

Viglione, D. J., & Giromini, L. (2016). The Effects of Using the International Versus Comprehensive System Rorschach Norms for Children, Adolescents, and Adults. *Journal of Personality Assessment, 98*(4), 1–7.

Viglione, D. J., Meyer, G. J., Dumitrascu, R., Dumitrascu, N., Mihura, J. L., Moore, R., … & Giromini, L. (2011). Initial validation of the R-PAS Form Quality Table. In G. Meyer (Chair), *International Efforts to Improve Rorschach Form Quality*. *Symposium presented at the annual meeting of the Society for Personality Assessment*. Boston.

Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2008). *Handbook of Personality Assessment*. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Yazigi, L., Arenco, K. N., Avancini, C., Abela, R. K., Lerman, T. G., & Marques, T. C. (2013). Estudo comparativo da Qualidade Formal das respostas ao Rorschach, Sistema Compreensivo e o R-PAS, em uma amostra de casos psiquiátricos. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e IX Congresso Iberoamericano de Diagnóstico e Evaluación Psicológica* (pp. 25–26). Maceió.

16.1.3

O MÉTODO DE RORSCHACH NA PERSPECTIVA DA ESCOLA DE PARIS (ESCOLA FRANCESA)

Sonia Regina Pasian
Deise Matos do Amparo

A riqueza da vida humana atrela-se à sua complexidade quando se pretende compreender o mundo interno e seus determinismos sobre o comportamento. Esse desafio é historicamente vivenciado pela psicologia, em um processo contínuo de busca de estratégias teóricas e técnicas para atingir esse audacioso objetivo, sobretudo, quando vinculado à personalidade humana. Esse construto é objeto de várias teorias, das quais derivaram instrumentos de identificação das características de personalidade.

Um dos clássicos experimentos bem-sucedidos no campo da compreensão do funcionamento psíquico dos indivíduos é o método empiricamente criado pelo psiquiatra Hermann Rorschach, em 1921 (Rorschach, 1921/1962). O desejo de identificar características internas de seus pacientes para humanizar e aprimorar seu tratamento psiquiátrico, com base em princípios psicodinâmicos (fenomenológicos e psicanalíticos), conduziu ao desenvolvimento do “método de interpretação de formas fortuitas”, mundialmente reconhecido como “psicodiagnóstico de Rorschach”, válido e preciso em diferentes contextos socioculturais até na atualidade. O criador desse método de investigação psicológica não conseguiu concluir as bases interpretativas do instrumento, visto seu falecimento após um ano da divulgação oficial do psicodiagnóstico. Desse modo, coube a seus colegas e a novos utilizadores do Método de Rorschach o aprimoramento técnico-científico do sistema avaliativo. Nesse processo surgiram, em vários centros internacionais de investigação científica, os chamados sistemas, ou escolas, do Rorschach. Weiner (1994) escreveu sobre isso em um editorial da revista *Rorschachiana*:

> O incremento na comunicação entre clínicos e investigadores do Rorschach ao redor do mundo estava derrubando barreiras prévias à possibilidade de aprender uns com os outros.

> Conclui que ser capaz de falar de Rorschach significava dominar uma linguagem internacional (p. 4).
> O conteúdo das apresentações testemunhou uma nova era de integração construtivista entre diferentes enfoques do Método de Rorschach e o respeito mútuo entre os componentes de diferentes maneiras de usar o instrumento (p. 6).

A Escola Francesa do Método de Rorschach, atualmente intitulada como Escola de Paris (Chagnon, 2013, 2014), corresponde aos desdobramentos teóricos e práticos elaborados pelos contemporâneos de língua francesa de Hermann Rorschach que inauguraram uma forma própria para descrever informações do método. Nomeadamente merece destaque inicial a pesquisadora Loosli-Usteri, que, embora de origem suíça, promoveu a introdução do psicodiagnóstico de Rorschach na França. Com essa pesquisadora, ainda na Suíça, ocorreram estudos exploratórios sobre o perfil de respostas de pré-adolescentes (1929 e 1948) e de adultos (1958) ao Rorschach. Na França, os trabalhos com o psicodiagnóstico de Rorschach iniciaram-se em muitos desenvolvimentos teóricos, com ênfase em uma linha psicanalítica de interpretação, mas também integrando uma visão fenomenológica. Ambas as possibilidades interpretativas já existiam nos escritos do próprio Hermann Rorschach, que, no entanto, não pôde desenvolver completamente um sistema analítico-interpretativo para seu método de exame de personalidade.

Associado a essas construções teóricas, o Método de Rorschach na França ofereceu grande impacto com o extenso estudo de Beizmann (1961). A pesquisadora examinou 400 protocolos de Rorschach de crianças saudáveis, de ambos os sexos, com idades entre 3 e 10 anos, constituindo provavelmente um dos clássicos referenciais normativos da escola francesa do Rorschach. A partir da divulgação do cuidadoso trabalho de Beizmann (1961) sobre o Rorschach, muitos investigadores se interessaram sobre as possibilidades informativas do psicodiagnóstico. Proliferaram-se estudos e considerações analíticas do Rorschach, mas sobretudo teóricas. Nella Canivet e André Ombredane fazem parte desse conjunto de pesquisadores que buscaram sistematizar dados do Rorschach e suas hipóteses interpretativas, material que acabou formalmente compilado no livro publicado por Anzieu (1970/1986). Este, por sua vez, tornou-se um clássico referencial teórico e clínico da chamada "escola francesa" do Rorschach.

A história da interpretação da abordagem francesa psicanalítica do Rorschach e dos métodos projetivos se enraíza em 1950, na criação do Groupement Français de Rorschach, cujo primeiro presidente foi Daniel Lagache. Ele já demonstrava seu interesse pelo processo de desenvolvimento da resposta no Rorschach e antecipava os desenvolvimentos posteriores propostos por Nina Rausch de Traubenberg no convite a uma conduta imaginativa diante do Rorschach (Chagnon, 2013).

Rausch de Traubenberg (1970/1998) se aprofundou no tema do "processo do Rorschach", nos dados básicos que fundamentavam o método, na exploração dos seus aspectos multidimensionais que são base para interpretação, focalizando os processos perceptivos e dinâmicos. Rausch de Traubenberg também teve importante papel na formação do psicólogo clínico, na análise e na codificação das respostas diante do Método de Rorschach. Suas reflexões integram o estudo do Rorschach como espaço de encontro e de interação entre a atividade perceptiva e fantasmática, particularmente a partir de estudos clínicos com patologias graves, envolvendo tanto o trabalho sobre processo da resposta quanto sobre o material (Verdon & Amparo, 2013).

A grande contribuição das investigações da Escola Francesa do Rorschach relativas a perfis de desempenho dos indivíduos, nomeadamente advindas dos trabalhos de Rausch de

Traubenberg e colaboradores, poderia ser apontada como estímulo à formação de uma atitude analítico-interpretativa. Em outras palavras, há ênfase em integrar o referencial normativo com as peculiaridades do desenvolvimento humano, fazendo de cada indivíduo um ser único e que também deverá ser assim considerado ao serem analisadas suas respostas ao método. De acordo com Rausch de Traubenberg (1991), ao trabalhar com o método projetivo de avaliação da personalidade, deve-se ter claro que:

> Nós compreendemos o processo de resposta tal como ele é situado, por Daniel Lagache e Roy Schafer, dentro das interferências entre o real e o imaginário, dentro da ação conjunta das atividades perceptivas e fantasmáticas, dentro do jogo de movimentos progressivos e regressivos. A teoria fenomenológica e a teórica psicanalítica constituem os quadros referenciais de nosso trabalho de interpretação do Rorschach (Rausch de Traubenberg, 1991, p. 92).

Esse modo de entender o processo de resposta ao psicodiagnóstico de Rorschach bem como suas possibilidades interpretativas abrem caminhos, de nosso ponto de vista, bastante promissores na busca de compreensão do ser humano, objetivo maior da avaliação psicológica. Poder-se-ia pensar que a tradição da Escola Francesa do Rorschach não se basearia em estudos experimentais, mas estaria voltada a trabalhos clínicos e teóricos sobre esse método. Essa visão fragmentada das investigações sobre o psicodiagnóstico de Rorschach no sistema francês não é sustentável, visto que, na prática, todo utilizador do Rorschach necessita de boa fundamentação teórica e de referenciais analíticos para adequada interpretação de um protocolo. É preciso também reconhecer que o sistema francês do Rorschach avançou, em sua história, muito mais em construções interpretativas e teóricas (sobretudo psicanalíticas), com alguma defasagem em trabalhos empíricos, especialmente normativos.

Sem qualquer dúvida, muito desse avanço científico se deve a Nina Rausch de Traubenberg, como bem apontaram Verdon e Amparo (2013). Rausch de Traubenberg publicou vários estudos teóricos e empíricos, com diversos grupos clínicos de crianças e adultos, procedeu a retestes e conduziu estudos comparativos. Sua vasta contribuição foi exemplar para essa abordagem do Método de Rorschach, tanto nos estudos clínicos quanto nos normativos, além de seus esforços de sistematização e melhoria das hipóteses interpretativas do Rorschach, compilados nos livros básicos de formação (Rausch de Traubenberg, 1970/1975, 1970/1998). Na continuidade dos estudos de Rausch de Traubenberg, foram acrescidas as contribuições psicanalíticas de Chaterine Chabert, que promoveu atualizações e desenvolvimentos da Escola Francesa de Rorschach, inclusive no que se refere à alteração do nome para “Escola de Paris”.

A denominação “Escola de Paris” do Método de Rorschach apareceu, pela primeira vez, no XIII Congrés International du Rorschach et des Méthodes Projectives, em 1990, cunhado por Chaterine Chabert, justamente para diferenciar as correntes Fenômeno Estrutural, Abordagem Psicanalítica Suíça e Abordagem Exneriana. Essa denominação designa uma corrente teórica e metodológica e uma prática que se refere a um método de análise e interpretação psicanalítica do Método de Rorschach e dos métodos projetivos (Chagnon, 2013). Além de nomear a escola como uma homenagem à Nina R. Traubenberg, Chabert (1983, 1993) preencheu importante lacuna de articulação e de síntese das construções psicanalíticas nos trabalhos de interpretação do Rorschach. Ela propôs a exploração das condutas psíquicas que se encontram subjacentes às diferentes variáveis envolvidas no Método de Rorschach, no seu caráter pluridimensional,

referindo-se à metapsicologia freudiana e pós-freudiana. Além disso, na sua obra são explorados aspectos das dimensões manifestas e latentes do conteúdo, os processos de pensamento, os conflitos intrapsíquicos, os compromissos entre desejos e defesas, as modalidades de angústia e de defesas, o narcisismo, as representações de si e as representações das relações interpessoais e da imagem do corpo. Atualmente, um grande grupo de investigadores tem se dedicado a estudos normativos, clínicos e de psicopatologias, envolvendo diferentes faixas etárias, além de estudos voltados à clínica do normal.

A Escola de Paris do Rorschach avança científica e metodologicamente de forma contínua, com importantes centros de investigação ao redor do mundo, como o Grupo de Pesquisa Universitária em Métodos Projetivos e Psicanálise (GRIMPP), na França, atualmente coordenado por Cathèrine Azoulay e Jean-Yves Chagnon. Há também o Grupo Internacional de Pesquisa em Métodos Projetivos[1], que tem agrupado pesquisadores de diversos países, como França, Argélia, Argentina, Bélgica, Brasil, Itália, Líbano, Suíça, Togo e Turquia.

Estudos normativos importantes têm sido realizados pela Escola de Paris, na França, na Turquia e na Suíça, além de no Brasil. Vale destacar a pesquisa dirigida por Azoulay e colaboradores (2007), referente aos dados normativos do Rorschach para adolescentes e jovens adultos na França. Participaram dessa pesquisa 278 indivíduos com idade entre 13 e 25 anos, comparando-se seus perfis de respostas em função da idade, do sexo e do nível sociocultural. A partir dos estudos normativos realizados, foi publicado um manual atualizado de normas para codificação das formas no Rorschach (Azoulay, Emmanuelli, & Corroyer, 2012). Ainda na França, De Tychey, Huckel, Rivat e Claudon (2012) publicaram reflexões sobre as novas normas do Rorschach para adultos (baseadas em 310 indivíduos), comentando sobre mudanças da evolução societária que impõem atualmente certos fatores de risco ao desenvolvimento humano. Um estudo com crianças francófonas de 8 a 14 anos, em grupo não clínico, recolhido em escolas, também foi realizado na Suíça visando à construção de normas do Rorschach para essa faixa etária (Baumann, Quartier, & Antonietti, 2012).

Com base na metodologia de normatização utilizada nos estudos franceses, Ikiz e colaboradores (2010) realizaram, na Turquia, estudo normativo do Rorschach com 432 adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos. Os resultados foram examinados em função das variáveis idade, sexo e nível socioeconômico, comparando os achados com as normas do estudo francês (Azoulay et al., 2007). Na continuidade dos esforços para elaboração de referenciais normativos do Rorschach para adultos da Turquia, İkiz, Zabci, Dusgor, Atak e Kalem (2013) publicaram outro estudo de normatização, envolvendo 724 indivíduos de 20 a 64 anos de origem e nacionalidade turca.

Além dos referenciais normativos, outro importante bloco de publicações da Escola de Paris refere-se aos estudos com psicopatologias específicas e aos diferentes momentos do ciclo vital. Especial atenção tem sido dada ao período da infância e adolescência, podendo-se destacar os trabalhos de Roman (2015) e Emmanuelli e Azoulay (2001).

No Brasil, esse método de avaliação da personalidade foi introduzido na década de 1930, pelo psiquiatra Leme Lopes (1935), estudando adultos da região nordeste do país. Desde então, sua pesquisa e utilização apenas se proliferaram, levando à constituição de associações científicas dedicadas ao método (como a Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos[2], antiga Sociedade Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos, criada em 1993), responsável por agregar profissionais e pesquisadores desse campo por meio de seus eventos técnico-científicos e

de formação profissional especializada. Essa diretriz segue os avanços nos diferentes países do mundo a respeito do Rorschach, articulados também pelas atividades da International Society of Rorschach and Projective Methods (ISR)[3].

O sistema francês (Escola de Paris) do Rorschach foi oficialmente reconhecido como adequado para uso no Brasil pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi) do Conselho Federal de Psicologia[4], em janeiro de 2005. Com o intuito de fortalecer as evidências empíricas desse sistema no contexto brasileiro, Pasian (2011) realizou uma revisão comentada de 63 trabalhos, de natureza técnica e aplicada, realizados na última década. Esses estudos fortalecem o alcance desse sistema e sua utilização no nosso contexto cultural, reafirmando a utilidade desse método na avaliação psicológica da personalidade diante das diretrizes e das exigências internacionais para a área.

Foram desenvolvidas pesquisas de doutorado e mestrado com o Método de Rorschach (Escola de Paris) vinculadas ao Centro de Pesquisas em Psicodiagnóstico, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Nesses trabalhos, as investigações buscaram ressaltar critérios de normatização e encontraram positivas evidências psicométricas desse método, considerando as diferentes idades do ciclo da vida: 180 crianças de 6 a 8 anos (Fernandes, 2010), 180 crianças de 9 a 11 anos (Raspantini, 2010), 178 adolescentes de 12 a 14 anos (Cury-Jacquemin, 2012), 180 adolescentes de 15 a 17 anos (Jardim-Maran, 2011) e 168 adultos de 18 a 65 anos (Freitas, 2016). Na mesma Universidade de São Paulo, no Instituto de Psicologia em São Paulo, Souza (2015) desenvolveu parâmetros normativos do Rorschach (Escola Francesa) a partir de amostra com adolescentes paulistas, de 12 a 17 anos, materiais que serão objeto de livros a serem brevemente publicados.

Estudos também têm sido realizados na perspectiva da Escola Francesa do Rorschach, na Universidade de Brasília, focando grupos clínicos de adolescentes particularmente problemáticos envolvendo psicose, auto e heteroagressão, abuso sexual e escarificação (Amparo, Brasil, & Wolf, 2010; Amparo & Cardoso, 2016; Wolf, Amparo, Oliveira, & Chagnon, 2016). Os achados são bastante promissores no sentido de oferecer evidências empíricas da qualidade das informações advindas desse método projetivo de avaliação psicológica no contexto do Brasil, configurando-se como material bastante rico para uso dos psicólogos na prática clínica e nos cuidados em saúde mental.

PECULIARIDADES DA ESCOLA DE PARIS DO RORSCHACH

Todo sistema avaliativo do Método de Rorschach está composto por princípios e fundamentos teórico-técnicos para sua sustentação, o que ocorre também com a Escola Francesa (Escola de Paris). Neste capítulo, deixamos registrado alguns passos históricos do processo de construção desse sistema avaliativo e alguns estudos em desenvolvimento no Brasil, de modo a permitir ao psicólogo o reconhecimento dos pilares e das possibilidades de uso dessa perspectiva de trabalho com o psicodiagnóstico de Rorschach. Não se pretende aqui expor os passos metodológicos da Escola Francesa (Escola de Paris), visto existirem publicações específicas destinadas a tal propósito (Anzieu, 1986; Rausch de Traubenberg, 1975,1998). Nesses livros, constam as diretrizes práticas e técnicas para aplicação, avaliação e interpretação de seus indicadores técnicos, funcionando como manuais básicos, de modo que devem ser obrigatoriamente consultados pelos interessados, para poder fundamentar sua atuação profissional.

Para além das contribuições de Rausch de Traubenberg para a sistematização da Escola Francesa do Rorschach, há que agregar as considerações teóricas e práticas de Chabert (1983), compondo um sistema de análise e interpretação fundado em dados quantitativos e qualitativos. No que se refere aos dados quantitativos, há que se realizar uma síntese descritiva dos indicadores técnicos, denominada *psicograma*. No psicograma do Rorschach (Escola Francesa), são estruturadas as informações do indivíduo relativas a produtividade (número de respostas, respostas adicionais, denegações e recusas aos cartões), ritmo de trabalho (tempo de latência e tempo total diante dos estímulos), além das variáveis clássicas de codificação das respostas, a saber: os modos de apreensão (respostas globais, grande detalhe, pequeno detalhe ou detalhe branco), os determinantes (forma, movimento, cor ou sombreado), os conteúdos (as interpretações em si, classificadas conforme sistema específico de categorias que representa o nível de vitalidade da resposta) e as banalidades (respostas frequentes no grupo de referência). Com base nesses indicadores técnicos, descritivamente sistematizados no psicograma, inicia-se o processo de interpretação das variáveis, representativas das funções psicológicas e das características de personalidade.

A análise do conjunto dessas variáveis é que permitirá seu processo interpretativo, visto que indicadores isolados fazem pouco sentido como informação relevante ao psicólogo. Comumente, ao ensinar a Escola Francesa do Rorschach, percebemos erros interpretativos e abusos técnicos quando as variáveis são tomadas de forma isolada. Como em qualquer processo interpretativo de instrumentos de avaliação psicológica, o psicólogo precisa de boa fundamentação teórica (no caso, nos princípios psicodinâmicos da personalidade) e técnica (domínio nos indicadores do sistema francês do Rorschach), integrando-os em hipóteses a serem levantadas na exata proporção da convergência dos indicadores técnicos. Variáveis isoladas, ainda que muito exuberantes ou chamativas, podem levar a erros analíticos sobre os dados do Rorschach e, portanto, levar a hipóteses pouco fundamentadas sobre as características de personalidade do indivíduo.

Junto com essa ressalva técnica, há que se considerar que os princípios interpretativos da Escola Francesa do Rorschach encontram-se bem sistematizados e empiricamente fundamentados em literatura científica, exigindo estudo e conhecimento por parte do psicólogo. A interpretação dos dados do Rorschach segue a abordagem da cognição e dos processos de pensamento (modos de apreensão e determinantes) e os fatores determinantes da dinâmica

conflitual (cinestesias e reações sensoriais) da personalidade, organizando os indicadores como representantes das funções psíquicas, objeto de interesse do psicólogo.

De modo a permitir a visualização desse processo avaliativo do Rorschach (Escola Francesa), apresentaremos um esquema avaliativo e um caso ilustrativo (estudo de caso clínico). O primeiro conteúdo tem a finalidade de organizar os parâmetros para serem examinados nessa perspectiva do Método de Rorschach, procurando favorecer a compreensão do conjunto de indicadores técnicos obtidos. O caso clínico, por sua vez, tem a finalidade de ilustrar, de forma breve, as possibilidades informativas, de natureza psicodinâmica, derivadas desse método projetivo (Escola de Paris).

ESQUEMA INTERPRETATIVO

O Método de Rorschach oferece vários indicadores técnicos a respeito das características de personalidade. Essa pluralidade de sinais deve ser compreendida e interpretada a partir da conjunção de evidências presentes em cada caso particular, mediante análise comparativa e reflexiva em relação ao esperado para a faixa etária e as condições de desenvolvimento do indivíduo. A abordagem psicodinâmica da Escola de Paris do Rorschach exige esse domínio técnico e teórico, podendo-se, nesse processo, recorrer a algumas diretrizes para o processo interpretativo. Nesse sentido, apresentamos um esquema que tem se mostrado útil no ensino do método, embora exija o prévio conhecimento das variáveis e seus significados, como já apontado. A estruturação dos indicadores técnicos serve ao intuito de oferecer um roteiro para o trabalho interpretativo, balizando o trabalho do psicólogo.

1. Introdução: contextualizar participante e produção no Rorschach, comparando com seu grupo de referência: total de respostas (e demais indicadores de produção no método), ritmo de trabalho (TRm e TLm), levando em conta o nível de escolaridade e a atitude durante a prova.

2. Avaliação da inteligência: considerar os indicadores quantitativos relacionados às variáveis: determinantes relacionados à forma e sua qualidade (F%, F+%, F+ext%); sucessão do tipo de apreensão (STA); proporção das localizações das respostas, em especial G%; tipo de apreensão (TA); proporção dos conteúdos animais e humanos (A%, H%), diversidade de conteúdos, relação H/Hd e A/Ad; determinantes relacionados a movimento e sua qualidade (em especial grandes cinestesias K); respostas banais (Ban) e originais (Orig); ritmo de trabalho (TRm) e indicadores de produtividade, em especial total de respostas (R).

A seguir realizamos a devida análise qualitativa desse conjunto de indicadores técnicos, considerando as hipóteses relativas a nível intelectual (quantitativamente) superior ou inferior à média. No caso de possibilidade de inteligência acima da média, devem-se avaliar os sinais de modo a identificar o tipo de raciocínio e o tipo intelectual predominante: a) teórico-abstrato, b) prático, c) técnico e d) imaginação criadora. Caso o nível intelectual sinalize-se inferior à média, devem-se considerar as hipóteses: a) inibição intelectual (neurótica ou depressiva), b) déficit intelectual, c) deficiência adquirida da inteligência (demência orgânica ou psicopatológica).

3. Avaliação da afetividade: analisar prioritariamente as fórmulas afetivas:

- Primeira fórmula: Tipo de Ressonância Íntima (TRI) = K : ∑ Cp
- Segunda fórmula: Complementar ou Tendências Latentes = ∑ k : ∑ Ep
- Terceira fórmula: proporção (em porcentagem) do número de respostas dos três últimos cartões em relação ao total de respostas no Rorschach =

$$= \frac{VIII + IX + X}{R} \times 100$$

Ainda neste tópico, devem-se examinar as variáveis relacionadas à coordenação dos impulsos e ao controle da afetividade, em termos gerais e específicos. Para tanto, devem-se considerar as

variáveis:

- Controle geral: F%, F+%, F+ext%, K, G. As dificuldades no controle geral podem ser de dois tipos: insuficiente ou de natureza restritivo-inibitória.
- Controle específico:
  a. Interno: K > ∑ k
  b. Externo: [FC > (CF + C)] e [FE > (EF + E)]

4. Avaliação da adaptação social:

- Adaptação social intelectual (ASI): Ban, D%, F+%, F+ext%
- Adaptação social afetiva (ASA): TRI, H%, K, FC (em relação a CF e C)

5. Pontos nevrálgicos: principais indicadores obtidos que divergem do normalmente esperado, a ponto de representar elementos de impacto no caso, no sentido de representar componentes de maior sofrimento psíquico.

6. Interpretação dinâmica: considerar os índices qualitativos e simbólicos da produção. É uma avaliação qualitativa dos perceptos interpretados pelo indivíduo. Devem-se considerar, nesse processo, a análise das particularidades (sinais de choque emocional) diante de cada cartão do Rorschach e a análise simbólica dos conteúdos produzidos mediante cada estímulo proposto.

7. Síntese: é preciso correlacionar e integrar os tópicos avaliados nas áreas: produtividade e capacidade de trabalho associativo-interpretativo, potencial de inteligência (nível e estilo de processamento lógico), forma de pensar, teste do real, afetividade (intensidade, tipo afetivo e formas de coordenação emocional), adaptação social (intelectual e afetiva) e pontos nevrálgicos. A seguir, deve-se ainda integrar as hipóteses psicodinâmicas levantadas, considerando produção, inteligência, afetividade, adaptação social, de modo a se chegar a uma hipótese interpretativa sobre os indicadores da estrutura egoica e do funcionamento psíquico diante da realidade externa, no contexto sociocultural (incluindo nível de escolaridade) vivenciado pelo indivíduo.

A partir desse esquema interpretativo, o psicólogo tem uma estrutura de análise das variáveis da Escola Francesa do Rorschach que tende a favorecer a organização e a visão integrada do indivíduo, para além das respostas e dos indicadores isolados. Dessa forma, esperamos sistematizar, de forma didática, o processo interpretativo desse método projetivo, tendo por base as ricas diretrizes técnico-científicas presentes em Rausch de Traubenberg (1998) e Anzieu (1986).

A partir desses trabalhos anteriores, fundamentais para a análise do Rorschach, e dos avanços nos estudos teóricos, clínicos e normativos, uma equipe de professores em psicologia projetiva, sob a direção de Chaterine Chabert, retomou e sistematizou a interpretação do Rorschach e do Teste de Apercepção Temática (TAT), para a Escola de Paris, propondo um documento-síntese que atualmente serve de base para o ensino na França. Essa proposta é apresentada no roteiro anexo ao trabalho publicado por Emmanuelli, Azoulay, Bailly-Salin e Martin (2001), concomitante à exposição de um estudo de caso que apresenta as linhas gerais para análise interpretativa do Rorschach em uma abordagem clínica. Em termos gerais, envolve os seguintes passos:

- **Clínica da aplicação**: impressões, clima, relação com o clínico, dinâmica da aplicação, reatividade às pranchas, manifestações comportamentais, características da produção.
- **Processos de pensamento**: quadro perceptivo ou modalidade de adaptação à realidade externa, modalidade de investimento, qualidade dos processos de pensamento, articulação realidade interna/realidade externa.
- **Tratamento dos conflitos**: a) análise das representações e dos afetos no eixo narcísico e objetal, considerando a representação de si, a representação das relações e o registro conflitual; a relação representação/afeto e natureza da angústia; b) avaliação da organização defensiva.
- **Síntese**: resumo da problemática e a resultante sobre o funcionamento psíquico no Rorschach.

De modo a complementar a análise, há uma recomendação de Chabert, reafirmada em entrevista realizada por Braconier (2009), de também aplicar o TAT e associar sua análise com os resultados do Rorschach, tendo em vista a importância das características narrativas do primeiro método. A associação desses dois métodos projetivos permite a construção de um diagnóstico psicopatológico e psicanalítico sofisticado. A seguir, apresentaremos uma síntese da análise do Rorschach em um caso clínico por meio desse modelo interpretativo.

CASO CLÍNICO

Jonas é um adolescente de 16 anos que participou de uma pesquisa conduzida na Universidade de Brasília, envolvendo adolescentes com passagem ao ato do tipo heteroagressivo, realizada no contexto de instituições de privação de liberdade e em contextos de atendimento clínico. Um estudo comparativo dos casos da pesquisa foi publicado por Wolff e colaboradores (2016). A abordagem do adolescente e a avaliação psicológica foram realizadas no período em que se encontrava em uma Unidade de Internação Judicial, cumprindo medida de privação de liberdade por ter cometido abuso sexual. O adolescente foi encaminhado para avaliação psicológica pelos técnicos que o acompanhavam no cumprimento da medida socioeducativa. Na realização da avaliação, foram utilizadas entrevistas clínicas, o Método de Rorschach e o TAT (os resultados desse instrumento não serão abordados neste relato). A avaliação e a análise preliminar dos dados de Jonas foram realizadas por uma pesquisadora do grupo de pesquisa Violência e Psicopatologias na Contemporaneidade, da Universidade de Brasília, e apresentada em sua dissertação de mestrado (Wolff, 2012). A pesquisadora era treinada na abordagem da Escola de Paris, e os protocolos foram codificados por uma equipe de profissionais treinados no método. As discordâncias em relação à classificação das respostas foram discutidas até se chegar ao consenso técnico.

Na entrevista, Jonas relata a sua história familiar, que parece ter sido marcada, desde cedo, pelo contexto de violência e alcoolismo da mãe. Os pais brigavam constantemente, e ele presenciava as cenas de violência física que ocorreram até a separação do casal, quando o adolescente tinha 4 anos. Após a separação, o contato com o pai ocorria com maior intensidade nas férias. Passados alguns anos, ainda na infância do adolescente, ambos os progenitores constituíram outro núcleo familiar. Atualmente, Jonas reside com a mãe e o padrasto.

Ao contar a sua história de vida, Jonas relata um episódio de violência, quando tinha 9 anos e “puxou uma faca” para uma mulher com a qual teve conflitos por esta ter agredido a sua mãe e seu padrasto. Na escola, também se envolvia em muitas brigas e tinha desentendimentos com professores e colegas, chegando a reprovar quatro vezes no ensino fundamental.

A avaliação psicológica transcorreu no momento em que o jovem se encontrava em uma Unidade de Internação Judicial, cumprindo medida socioeducativa por ter cometido abuso sexual, em grupo, com uma mulher adulta na rua. O ato foi cometido quando o adolescente tinha 16 anos, junto com um amigo que também cumpre medida na mesma unidade de internação. É importante salientar que o pesquisador abordou os adolescentes na instituição de cumprimento de medida socioeducativa enquanto clínico, em uma postura de escuta e suporte das suas angústias. Assinalamos aqui os cuidados éticos que a pesquisa teve com os adolescentes no sentido de -oferecer, desde o início dos encontros, a possibilidade de acompanhamento psicoterápico. O que é importante e coerente, no uso de métodos projetivos em uma perspectiva psicanalítica, é o reconhecimento de que os movimentos transferenciais também estão presentes nessa situação (Chabert, 2004).

Os dados quantitativos do protocolo de Rorschach desse adolescente podem ser visualizados na Tabela 16.1.3.1, constituindo seu psicograma.

TABELA 16.1.3.1
Psicograma do Método de Rorschach (Escola Francesa) de adolescente de 16 anos (caso clínico)

Variável Rorschach	Dados de Jonas	Norma*

Produtividade e ritmo	R**	28		17,70
	TLm***	6		21,20
	TRm***	19		35,50
	Tempo total	545 segundos = 9 minutos		
Localizações	G	2	G% = 7,14	35,00
	D	10	D% = 39,30	33,40
	D Dbl	1		
	Dd	10	Dd% = 46,42	30,30
	Dd Dbl	3		
	Dbl	2	Dbl% = 7,14	1,10
Determinantes	F+	6	F% = 42,85 F+% = 50,00 F+ext% = 67,80	54,50 55,60 75,30
	F-	6		
	CF	3	FC : CF+C = 6 : 3	2,1 : 1,9
	FC	6		
	FC’	2	FC’: C’F+C’ = 2 : 0	-
	FE	4	FE : EF+E = 4 : 0	0,4 : 0,7
	kob	2	K : ∑k = 0 : 2	-
Conteúdos	Hd	6	H% = 21,42	20,90
	A	6	A% = 42,85	51,00
	A-Hd	1		
	(A)	1		
	Ad	4		
	Anat	6	21,42 %	5,20
	Obj	2	7,14 %	8,30
	Bot	1	3,57 %	3,70
	Nat	1	3,57 %	0,20
Banalidades	Ban	3	10,71 %	17,00
Controle dos impulsos	(∑C: ∑E)		7 : 2	-
Tipo de ressonância íntima	(K: ∑Cp)	0 : 6	Extratensivo puro	-
Tendências latentes	(kan+kob++kp : ∑Ep)	1 : 2	Extratensivo dilatado	-
Integração parte-todo	H+A : Hd+Ad	7 : 10	-	-
	H : Hd	0 : 6	-	-
F.A.: Fórmula da Angústia	Hd+(Hd)+Anat+Sg+Fg+Sex100/R	42,85%	-	-
Índice de Reatividade Afetiva (IRA)	(VIII+IX+X) x 100/R	32,14%	-	-

*Jardim Maran (2011) e Jardim-Maran, Pasian e Okino (2015).
**Não houve respostas adicionais, recusas ou denegações de respostas.
*** TLm/TRm expresso em segundos. TLm: tempo de latência médio; TRm: tempo de reação médio.

Clínica da aplicação

Impressões, clima, relação com o clínico, dinâmica da aplicação, reatividade às pranchas, manifestações comportamentais, características da produção.

O processo de avaliação foi bem aceito pelo adolescente, que colaborou com a atividade proposta. Tanto na entrevista quanto ao longo da aplicação dos métodos projetivos estabeleceu uma relação com o clínico, fazendo um movimento de envolvê-lo e seduzi-lo com perguntas ou utilizando uma conotação interrogativa nos comentários da investigação de suas respostas, em uma tentativa de implicar o aplicador no seu movimento projetivo e para se apoiar no outro como suporte.

O protocolo de Rorschach mostrou-se bem produtivo (R = 28), acima do esperado para a sua idade e escolaridade, com rapidez associativa em seu ritmo de produção (TLm = 6; TRm = 19), sensibilidade e reatividade afetiva, principalmente nas pranchas coloridas (IRA = 32%). O psicograma expressa claramente frágeis recursos formais (F% = 42,85; F+% = 50,00; F+ext% = 67,80) e a participação da sensibilidade ao sensorial que não se limita à reatividade nas pranchas pastéis (VIII+IX+Xx100/R = 32,14%), mas se confirma com a elevada porcentagem de respostas cor no tipo de ressonância íntima (K: ∑C- Extratensivo puro). O discurso, no seu conjunto, é de bom nível, com oscilação entre respostas banais e, às vezes, com infiltração do processo primário em uma tendência à contaminação e/ou referências de lembranças pessoais.

Processos de pensamento

QUADRO perceptivo ou modalidade de adaptação à realidade externa, modalidade de investimento, qualidade dos processos de pensamento, articulação entre realidade interna/realidade externa.

Jonas sinaliza modo de organização lógica do tipo da inteligência prática, com tendência a se apegar a minúcias, o que pode levar a incoerências do pensamento. A modalidade de investimento na realidade externa se faz de forma privilegiada na apreensão do pequeno detalhe em detrimento da percepção global e do grande detalhe, com dificuldades em estabelecer um pensamento voltado para a generalização e para o abstrato. Isso se contrapõe ao esperado na adolescência, vinculado a aumento das respostas globais em relação aos detalhes. Jonas faz o contrário, ele globaliza pouco e detalha muito (G = 7,14%; D = 39,30%; Dd = 46,42%). As respostas globais que ocorrem no protocolo são banais (nos cartões I e V), demonstrando uma leitura simples e perceptiva do engrama. Nas suas respostas, predomina a tônica da parcialidade, com muitas respostas com projeções relativas ao corpo e sua anatomia. Ainda nesse sentido, Jonas investe nos controles gerais, nos limites (F% = 42,85% F+% = 50,00; F+ext% = 67,80) e na unificação (G% = 7,14), mas esse movimento é falho e restritivo. Possivelmente seu investimento racional limítrofe seja uma tentativa do adolescente de contornar um mundo interno que comparece de forma primitiva (K:∑k = 0:2; CF = 3). Às vezes, os afetos sustentam a elaboração dos pensamentos (FC = 6) e, outras vezes, eles invadem o funcionamento lógico (CF = 3, VIII+IX+X x 100/R = 32,14%).

De certa forma, a relação com a realidade parece comprometida, e Jonas apresenta dificuldades em compartilhar o pensamento coletivo (A% = 42,85%; Ban = 10,71%; F% = 42,85%; ausência de kan na Pr. VIII). Na fase de investigação da produção, quando é solicitado a explicar suas respostas, ressalta dois processos psíquicos que buscam, em um tipo de concretização, ligar a imaginação com o pensamento ou, quem sabe, uma realidade interna com a externa que não lhe parece bem arranjada do ponto de vista identificatório. Por exemplo, na

prancha I, ele diz: “Um morcego... As asas, as garrinhas dele, aqui a cauda. Eu vi umas mãozinhas pequenas, eu vi o rosto dele aqui. *Imaginei, pensei um rosto*...” (A-Hd).

Tratamento dos conflitos

- análise das representações e dos afetos no eixo narcísico e objetal, considerando a representação de si, a representação das relações e o registro conflitual; a relação representação/afeto e a natureza da angústia;
- avaliação da organização defensiva.

Do ponto de vista afetivo, o adolescente apresenta elevada impulsividade (T.R.I. K:∑Cp=0:7) em relação aos adolescentes da sua idade, com tendência ao descontrole dos impulsos (∑C:∑E = 7:2). A escassez de defesas para manejo dos afetos e a falta de controle interno, aliada à dificuldade de se identificar (K: kan+kob+kp = 0 : 1), apontam para um contexto no qual há propensão ao agir e no qual o outro não é tomado pela sua integralidade, mas na forma de objeto parcial (H:Hd = 0:6; H% = 21,42%). Jonas busca a formalização e os limites, indicando empenho em tentar estabelecer delimitação entre seu mundo interno e a realidade externa (dentro x fora). Esse processo, no entanto, não se mostra suficiente, tendo em vista a dificuldade de unificação (G% = 7,14), que tende a demonstrar a fragilidade narcísica.

As duas únicas respostas globais presentes no protocolo apareceram nas pranchas I e V, mas apresentam algumas peculiaridades. Prancha I: “Um morcego. (Inquérito) A asa aqui, aqui as garrinhas dele, aqui a cauda. Eu vi umas *mãozinhas* pequenas, eu vi aqui *o rosto* dele. Imaginei, pensei *um rosto*” (G F+ A-Hd). Essa resposta com conteúdo híbrido mostra que a categoria animal está entrelaçada com o humano, sugerindo confusão dos registros internos e dificuldade de fazer essa diferenciação. Sobre a incidência das respostas híbridas em protocolos, Chabert (1983) ressalta a presença de problemática identitária, com fragilidade na imagem de si.

Na prancha V, no entanto, organiza uma resposta global: “Parece uma borboleta” (G F+ A). No entanto, em seguida, faz uma retração da percepção em um pequeno detalhe, agrupando o espaço em branco, com uma conotação especular: “Um cachorro, dois cachorros. (Inquérito) (...) Como esse desenho aqui é *espelhado*, o que tem de um lado tem de outro. (...) *esse vácuo no meio*, tá em branco no meio do preto. (...)”. (DdDbl FC’ Ad). A resposta “borboleta” sugere sensibilidade ao padrão social comum (banalidade), o que poderia indicar potencialidade para a unificação da imagem de si. No entanto, a segunda resposta indica como a representação de si se encontra fragilmente constituída, permeada por uma reivindicação especular e pela sensibilidade ao vazio. Essa sensibilidade ao vazio, à falha, mantém a tônica na incompletude.

Em Jonas predomina a dificuldade de configurar a representação de si e de relação e uma angústia de fragmentação. É um protocolo sem respostas humanas (H = 0) e de movimento (K = 0), com projeções de imagens anatômicas (Anat 6) e detalhes do corpo (Hd = 6). Para ilustrar, mesmo na prancha III, que solicita uma imagem cinestésica humana, Jonas responde: “Um rosto; um nariz sem essa parte aqui... O formato do osso, um sorriso; dois rins”. Ao longo do Rorschach, particularmente nas pranchas III e VII, em face aos estímulos que demandam a organização de uma resposta humana integrada, mostra-se incomodado e inquieto. Jonas não vê o humano, senão na sua parcialidade.

A projeção maciça de respostas anatômicas e parciais humanas Hd no protocolo, com um índice de angústia elevado ([Hd+(Hd)+Anat+Sg+Fg+Sex] x 100/R = 42,85%), indica que a

angústia na qual o adolescente se encontra submerso é da natureza de uma angústia de fragmentação. Podemos supor que o movimento pulsional não é elaborado psiquicamente, pois quase não aparece nas representações das respostas no Rorschach. Quando esse movimento pulsional surge é por meio das respostas de movimento de objeto, como na prancha VI com a resposta: “Também uma britadeira... Porque eu vi isso aqui e pensei, segurar aqui, *aí aqui já vai cavando* (faz os gestos)” (Dd kob Obj). E, na última prancha, ambas as respostas carregam impulsividade mais primitiva, sem recurso de controle lógico e elementos de identificação humana vitalizada e dinâmica (K = 0). Jonas sinaliza acentuada dificuldade de integração de si e de se relacionar, porém sem indícios de se tratar de uma psicose. Em seu protocolo do Rorschach, emerge uma angústia de fragmentação e de invasão, como sinalizado na prancha X: “Um cavalo sem cabeça. Dois cavalos sem cabeça... Um cavalo sem cabeça saindo fogo”. Nesse ponto, abre-se uma questão: com essa identidade tão frágil, como se constituíram as identificações, particularmente as identificações primárias desse adolescente?

Quando aparecem respostas que remontam a um duplo, não há interação libidinal e/ou agressiva. O movimento pulsional integrado a uma dinâmica relacional está ausente, como demonstrado nessa resposta par e de reflexo que tem conotação narcísica e comparece na prancha IV: “Um cavalo, *dois cavalos*”; prancha V: “Um cachorro, *dois* cachorros (Inquérito) (...) Como esse desenho aqui é espelhado, o que tem de um lado tem de outro (...)”; e, na prancha X, “Um cavalo sem cabeça. Dois cavalos sem cabeça”. Além disso, as respostas denotam incerteza quanto ao engrama visto. Seria uma unidade (“um cavalo”) ou duas imagens distintas (“dois cavalos”). No caso de serem dois cavalos, poderia implicar uma dinâmica de representação de relação, mas há dúvida em relação à percepção. O que traz implicações para a construção das representações de relação e as coloca em uma dinâmica muito mais narcísica do que interacional.

Muito embora busque o envolvimento com o psicólogo, as interações sociais de Jonas não parecem verdadeiramente investidas, e as defesas narcísicas preponderam. Os tipos de defesa que podem ser caracterizadas como narcísicas, e comparecem no seu protocolo, são o congelamento dos movimentos pulsionais e o desdobramento.

Sobre o congelamento dos movimentos pulsionais, Jonas não apresenta cinestesia humana integrada no Rorschach (K = 0). Na sua expressão simbólica e elaborada, embora restrito, o único movimento possível de expressão é o primitivo e o violento, manifesto na representação de movimento de objeto (kob = 2), na prancha VI: “Também uma britadeira... Porque eu vi isso aqui e pensei, segurar aqui, *aí aqui já vai cavando* (faz os gestos)” (Dd kob Obj).

Outra defesa narcísica que comparece no protocolo é o desdobramento, caracterizado pelas respostas pares das pranchas (IV, V, VII, VIII e X) e pelas respostas em espelho (pranchas V e VIII), própria dos mecanismos de clivagem. No desdobramento, a insistência é realizada sobre o aspecto especular da relação, o que exclui o conflito entre desejo e defesa, ou seja, o conflito não emerge na vida psíquica, dificultando sua elaboração e amadurecimento psíquico (Chabert, 1983).

Síntese e registro psíquico do modo de funcionamento

Jonas apresenta um protocolo com modo de organização da inteligência prática, com dificuldades em estabelecer um pensamento voltado para a generalização e para o abstrato. A relação com a realidade acha-se comprometida, particularmente no que se refere ao

compartilhamento com o pensamento coletivo. Do ponto de vista afetivo, o adolescente apresenta impulsividade com tendência ao descontrole dos impulsos. Em relação à dinâmica conflitual, comparece uma problemática identitária e identificatória, em um campo psíquico marcado pela fragilidade narcísica e pela angústia de invasão e de fragmentação. O eixo narcísico identitário encontra-se desorganizado, o conflito é evitado na vida psíquica, e a constituição de um contato humano mais profundo encontra-se prejudicado. Essa organização psíquica levanta a hipótese de um estado limite de funcionamento psíquico (*borderline*). Ao final desse processo avaliativo, foi realizado encaminhamento de Jonas para acompanhamento psicológico. O adolescente deu seguimento a alguns encontros com um psicólogo, mas houve dificuldades da instituição em manter esses atendimentos.

PRINCIPAIS POSSIBILIDADES DE USO E DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

Ao longo do desenvolvimento deste capítulo, acompanhamos, de forma sintética, a abrangência das análises realizadas pela Escola de Paris desde os estudos normativos até os estudos clínicos e em psicopatologia. No entanto, é fundamental ressaltar que essa abordagem interpretativa do Rorschach pode ser utilizada em diversos contextos, como em perícia psicológica, saúde e escola, considerando a sua aplicabilidade na análise de aspectos psicológicos fundamentais da vida psíquica, como personalidade, inteligência, afetividade e adaptação social.

Do ponto de vista científico, os avanços nos estudos sobre normatização e nos estudos de complementaridade entre técnicas projetivas têm permitido validar a técnica e a estratégia de interpretação da Escola de Paris, constituindo campo fecundo para a investigação dos fatores psicológicos da inteligência e da afetividade, em uma abordagem contextualizada nos avanços da cultura e sua influência na personalidade.

Diante do exposto, nota-se que a Escola Francesa (Escola de Paris) do Rorschach possibilita ao psicólogo o alcance de informações preciosas sobre o mundo interno dos indivíduos, a partir de uma atividade simples proposta pelo método. As diretrizes interpretativas e o caso apresentado têm a função didático-ilustrativa dos caminhos a serem utilizados pelo profissional que deseja recorrer a essa estratégia técnica no trabalho cotidiano. Esperamos que os estímulos oferecidos sejam úteis e convidativos para o estudo sistemático desse sistema avaliativo do Rorschach e dos métodos projetivos, de forma geral.

REFERÊNCIAS

Amparo, D.M., & Cardoso, B.C.C. (2016) L'automutilation chez l'adolescent: Le corps et la médiation du Moi-peau. In M. Roques, & C. Hurvy (Orgs.), *Épreuves projectives et recherche en psychologie clinique* (pp. 215-232). Paris: Editions in Press.

Amparo, D.M., Brasil, K.T.R., & Wolff, L.S. (2010). Adolescência e Psicose: Traumatismo e Violência do Pubertário. *Revista Interamericana de Psicologia, 44*(3), 507-514.

Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos*. (M. L. E. Silva, Trad., 5th ed.). Rio de Janeiro: Campus. (Obra originalmente publicada em 1970)

Azoulay, C., Emmanuelli, M., & Corroyer, D. (2012). *Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach.* Paris: Dunod.

Azoulay, C., Emmanuelli, M., Rausch de Traubenberg, N., Corroyer, D., Rozencwajg, P., & Savina, Y. (2007). Les données normatives françaises du Rorschach à l'adolescence et chez le jeune adulte. *Psychologie Clinique et Projective, 13*(1), 371-409.

Baumann, N., Quartier, V., & Antonietti, J-P. (2012). Contribution à une etude normative de l'épreuve de Rorschach auprès d'um groupe d'enfants de 8 à 14 ans non-consultants. *Psychologie Clinique et Projective, 18*(1) 235-260.

Beizmann, C. (1961) *Le Rorschach chez l'enfant de 3 à 10 ans*. Paris: Neuchatel, Delachaux & Niestlé.

Braconnier, A. (2009). Entretien avec Catherine Chabert. *Le Carnet PSY*, *136(*5), 36-49.

Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en Clinique Adulte: Interprétation Psychanalytique*. Paris: Dunod.

Chabert, C. (1993). *A Psicopatologia no Exame de Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chabert, C. (2004). *Psicanálise e métodos projetivos*. São Paulo: Vetor.

Chagnon, J.-Y. (2013). L'École de Paris: Bref historique [The Parisian school: Brief history]. *Le Carnet Psy, 169*(2), 27-29.

Chagnon, J-Y. (2014). L'école de Paris – histoire et développements contemporains. In S.R. Pasian, E.T.K. Okino, D.M. Amparo, F.R. Freitas, F.L. Osório, & S.R. Loureiro. *Desafios para a prática ética da avaliação psicológica* (pp. 113-119). Ribeirão Preto: ASBRo. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/livros/Metodos_projetivos_demandas_psicologia_contemporanea.pdf

Cury-Jacquemin, R. P. (2012). *Padrões normativos do Psicodiagnóstico de Rorschach em adolescentes de 12 a 14 anos.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

De Tychey, C., Huckel, C., Rivat, M., & Claudon, P. (2012). Nouvelles norms adultes du Test de Rorschach et evolution societal: Quelques réflexions. *Bulletin de Psychologie, 521*(5), 453-466.

Emmanuell, E., Azoulay, C., Bailly-Salin, M-J, & Martin, M. (2001). Contribution du Rorschach au diagnostic d'état-limite. *Psychologie clinique et projective, 7*(1) 101-122.

Emmanuelli, M., & Azoulay, C. (2001) *Les épreuves projectives à l´adolescescence: approche psychanalytique.* Paris: Dunod.

Fernandes, S. (2010). *Normas do Rorschach em crianças de seis a oito anos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Freitas, F.R. (2016). *Método de Rorschach em Adultos: Evidências Psicométricas da Escola Francesa.* Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Ikiz, T. Zabci, N., Düsgör B. P., Atak, I. E., & Kalem, E. (2013). Les normes adultes de la population turque au Rorschach. *Psychologie Clinique et Projective*, *19*(1), 303- 319.

Jardim-Maran, M. L. C. (2011) *O Psicodiagnóstico de Rorschach em adolescentes: Normas e evidências de validade*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Jardim-Maran, M. L. S, Pasian, S. R., & Okino, E. T. K. (2015). Normative study of Rorschach (Parisian School) for Brazilian Adolescents. *Paidéia*, *25*(62), 333-342.

Leme-Lopes, J.O. (1935) O teste de Rorschach na caracterização da personalidade. *Arquivos Brasileiros de H. Mental*, *8*, 51-67.

Loosli-Usteri, M. (1965). *Manual práctico del Test de Rorschach.* Madrid: Rialp.

Pasian, S. R.,Leme-Lopes, J. O. (1935).O teste de Rorschach na caracterização da personalidade. *Arquivos Brasileiros de H. Mental*, 8, 51-67.

Pasian, S. R. (2011). *Métodos projetivos de Avaliação Psicológica: contribuições para pesquisa e prática profissional em Psicologia.* Tese de Livre Docência, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Raspantini, R. L. (2010). *O Psicodiagnóstico de Rorschach em crianças de 9 a 11 anos: um estudo normativo.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Rausch de Traubenberg, N. (1975). *A prática do Rorschach*. São Paulo: Cultrix (Obra originalmente publicada em 1970)

Rausch de Traubenberg, N. (1991). Methodologie et formation en Psychologie Projective. *Rorschachiana*, *17*, 91-93.

Rausch de Traubenberg, N. (1998). *A prática do Rorschach [The practice of Rorschach]* (A. J. Lelé, Trad.). São Paulo, SP: Vetor. (Obra originalmente publicada em 1970)

Roman, P. (2015). *Le Rorschach em clinique de l´enfant et de l´adolescent*. Paris: Dunod.

Rorschach, H. (1962) *Psychodiagnostik*. Berne: Verlag Hans Huber. (A. Ombredane, & A. Landau, Trad., 3a ed.). [*Psychodiagnostic: Méthode et rèsultads d'une expérience diagnostique de perception (interpretation libre de formes fortuites]).* Paris: Presses Universitaires de France. (Obra originalmente publicada em 1921).

Souza, M.A. (2015). *Dados normativos brasileiros do Rorschach na adolescência*: atlas e dicionário. Disponível em: http://www.bv.fapesp.br/pt/auxilios/30159/dados-normativos-brasileiros-do-rorschach-na-adolescencia-atlas-e-dicionario/

Verdon, B., & Amparo, D.M. (2013) Entre a atividade perceptiva e a fantasmática: Nina Rausch de Traubenberg e o método de Rorschach. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, *33*(85), 230-242.

Weiner, I. B. (1994) Speaking Rorschach: Building bridges of understanding. *Rorschachiana*, *19*,1-6.

Wolff, L. S. (2012). *Adolescência e passagem ao ato sexual violento: análise do eixo narcísico-identitário no método de Rorschach* **.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília.

Wolff, L. S., Amparo, D. M., Oliveira, R. M., & Chagnon, J. Y. (2016). Problemática narcísica-identitária em adolescentes abusadores sexuais: contribuições do Rorschach Escola de Paris. *Avaliação Psicológica*, *15*(3), 318-326.

LEITURAS RECOMENDADAS

Azoulay, C. (2014). Nina Rausch de Traubenberg, le long d'une transmission… La question des normes au Rorschach. *Psychologie Clinique et Projective, 20*(1), 139-153.

Ikiz, T.T., Zabci, N., Dusgor, B.P., Atak, I.E., Yavuz, E., Purisa, S., & Catagy, P. (2010). Étude normative du Rorschach de la population adolescente turque. *Psychologie Clinique et Projective, 16*(1), 209-232.

Roman, P., & Laupies, V. (2009). L'intérêt épreveus projectives en consultation de psychopathologie clinique: Le soutien de la conflictualité psychique. *L'Information Psyqhiatrique, 85*, 891-897.

Em francês, Réseau International de Recherche Méthodes Projectives et Psychanalyse. Disponível em: http://reseaumpp.org/.
Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos. Disponível em: www.asbro.org.br.
International Society of Rorschach and Projective Methods (ISR). Disponível em: www.rorschach.com.
Satepsi. Disponível em: http://satepsi.cfp.org.br/.

16.2

ATUALIZAÇÕES SOBRE O ZULLIGER

Anna Elisa de Villemor-Amaral
Lucila Moraes Cardoso

HISTÓRIA DO INSTRUMENTO

O psicólogo suíço Hans Zulliger (1893-1965) desenvolveu sua técnica baseada em manchas de tintas durante a Segunda Guerra Mundial, em 1948. A experiência que tinha com o método de Herman Rorschach possibilitou um aprofundamento teórico e prático no manuseio de técnicas que envolvessem a organização de estímulos não estruturados e o motivou a realizar estudos com novos estímulos, seguindo os fundamentos e os princípios do método original (Zulliger & Salomon, 1970).

Salomon (Zulliger & Salomon, 1970) trouxe interessantes informações biográficas sobre Hans Zulliger, quando realizou a edição norte-americana de sua obra. Relata que Zulliger foi inicialmente professor de crianças e assim permaneceu mesmo quando já envolvido com as atividades da psicologia. Interessou-se desde cedo pela psicanálise e fez sua análise pessoal com Oskar Pfister, grande amigo e discípulo de Freud, e foi o primeiro a introduzir a psicanálise no contexto pedagógico. Aplicou o método psicanalítico em um aluno com problemas de fala em 1913, tendo obtido êxito completo e sem recaídas. Criou uma técnica de jogo para tratamento psicanalítico de crianças, tendo publicado diversos livros e artigos científicos, entre eles o Psychoanalytische Erfahrungen aus der Volksschulpraxis (Experiências psicanalíticas na escola primária), de 1921. Mais de 20 livros de Zulliger versavam sobre a psicanálise infantil e as aplicações da psicanálise nos casos de problemas educacionais e de psicoprofilaxia.

Foi na Sociedade Psicanalítica Suíça que Zulliger conheceu Hermann Rorschach e logo tornou-se seu amigo e discípulo, de modo que em 1932 publicou o livro Der Rorschachsche Testversuch im Dienste der Erziehungsberatung (Teste de Rorschach a serviço do assessoramento educacional) e a seguir diversas outras obras sobre o Rorschach até que em 1948 publicou o seu próprio teste. Criou seu teste no ano de 1942, quando foi psicólogo do exército suíço. No período da guerra, Zulliger pretendia usar o Método de Rorschach na avaliação de oficiais das forças armadas suíças, entretanto, o tempo consumido na administração individual dos 10 cartões do Rorschach dificultava a realização de rápidas avaliações, o que impulsionou suas pesquisas para modificar a técnica. Desde o início, estava claro que o uso das manchas de Rorschach projetadas em uma tela, ou mesmo a escolha de somente algumas delas, traria grandes prejuízos para o teste original, o que apontava para a necessidade de criação de novos estímulos.

Então, desenvolveu algumas experiências diminuindo o número de estímulos, diferentes dos que compunham o conjunto do Rorschach, e alterando a forma de apresentação, agora como diapositivos projetados em uma tela. Inicialmente criados para aplicações coletivas e para serem usados especialmente em situações de triagem, logo foram publicados em cartões para aplicações também individuais, seguindo a sugestão de Robert Heiss, diretor do Instituto de Psicologia da Universidade de Friburgo.

Foi assim que um teste coletivo para uma triagem inicial se transformou em um teste individual para realização de psicodiagnósticos. Após inúmeros estudos de comparação com o Rorschach e as versões de três estímulos, em diapositivos ou impressas, Zulliger constatou que os resultados diferiam se as imagens eram projetadas e observadas à distância ou se eram impressas em cartão manuseado pelo sujeito, observando respostas diferentes em uma ou outra condição (Zulliger & Salomon, 1970). Desse modo, manteve as duas versões com propósitos relativamente distintos.

O princípio fundamental que legitima o uso de manchas de tinta remete ao fato de que a pessoa tende a expressar seu modo de ser e agir de maneira tão mais significativa quanto maior for a ambiguidade do estímulo ao qual responde. Diante de uma situação pouco definida, a pessoa precisará apoiar-se principalmente nos seus recursos e registros internos para dar-lhe sentido. Portanto, o pressuposto é de que o modo como a pessoa responde à tarefa evidencia um estilo próprio de enfrentar situações ambíguas e de resolver problemas. Suas respostas, portanto, expressam um modo de funcionamento psíquico, resultante da combinação de recursos mentais pessoais e das tensões geradas pela ambiguidade do estímulo externo.

Para a análise dos resultados no Zulliger, tal como no Rorschach, as respostas não são interpretadas considerando-se apenas seu conteúdo, mas são classificadas de acordo com inúmeros critérios que resultam em códigos, que, por sua vez, serão computados para constituir fórmulas e proporções. Esses cálculos levam a uma série de valores quantitativos que são comparados às expectativas normativas, para uma compreensão dinâmica dos dados da pessoa avaliada. Certamente uma análise do conteúdo idiográfico das respostas, do ponto de vista simbólico, ancorada firmemente em teorias da personalidade, complementa a interpretação dos resultados.

Algumas transformações no método original criado por Zulliger ocorreram ao longo dos anos. No Brasil, há três versões do Zulliger com parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia para uso (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2016). Entre essas versões está a do Zulliger pelo Sistema Compreensivo (ZSC), que se apoia na proposta de John Exner (1999), feita para o Método de Rorschach, que foi adaptada, padronizada e normatizada para administração exclusivamente individual (Mahmood, 1990; Mattlar et al., 1990; Zdunic, 2007; Villemor-Amaral & Franco, 2008; Villemor-Amaral & Primi, 2009).

PESQUISAS COM O ZULLIGER NO BRASIL E SUAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

A partir de um levantamento realizado em agosto de 2017 na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-PSi), foram encontradas 17 publicações em periódicos científicos com esse teste no Brasil. Dessas, 13 artigos adotaram o ZSC, três, o sistema Klopfer, e uma era revisão de literatura. As 13 pesquisas com o ZSC visaram à análise das qualidades psicométricas do instrumento, sendo um de precisão, sete de evidências de validade para uso com adultos voltados para o contexto de saúde mental e organizacional e, mais recentemente, cinco de evidências de validade para uso com crianças. As três pesquisas com sistema Klopfer envolveram a aplicação do Zulliger em contextos diferentes. Primeiramente serão descritos os estudos com o ZSC organizados por data de publicação, posteriormente os que envolvem o uso do Zulliger pelo sistema Klopfer e, por último, o estudo de revisão de literatura.

Ferreira e Villemor-Amaral (2005) correlacionaram o desempenho no Zulliger com um questionário de avaliação de desempenho de 86 colaboradores da área de exatas que passaram por um processo de seleção em uma empresa de telecomunicações. O ZSC foi administrado durante a seleção dos funcionários, e o questionário de avaliação de desempenho de cada um dos funcionários foi respondido pela chefia imediata após 6 ou 12 meses de permanência na empresa. O questionário de desempenho profissional respondido pela chefia envolvia aspectos do Relacionamento Interpessoal (RI); Presença de Atuação Interna e Externa (PAIE); Tomada de Decisões Oportunas (TDO); Competência na Especialização (CE); Busca por Aprimoramento e Inovação (BAI); Absorção, Organização, Registro e Divulgação de Conhecimento (AORDC); Organização (ORG); Relacionamento com Pares e Colegas (RPC); Solução de Problemas (SP) e Orientação para o Cliente (OC).

As autoras constataram a presença de correlações positivas e significativas do Zulliger com as avaliações de desempenho. Entre essas correlações, pode-se citar que o foco de atenção (lambda) correlacionou com AORDC ($r = 0,23$, $p < 0,05$) e RPC ($r = 0,24$, $p < 0,05$), a tendência a objetividade e interesse por trabalhos práticos e concretos (D) se correlacionou com AORDC ($r = 0,26$, $p < 0,05$) e ORG ($r = 0,22$, $p < 0,05$) e que o ajustamento ao convencional (X+%) se correlacionou com ORG ($r = 0,33$, $p < 0,01$) e SP ($r = 0,21$, $p < 0,05$). Além disso, detalhismo (Dd), forma de pensar menos elaborada (DQv) e oposicionismo (S-) tiveram correlação negativa com SP ($r = -0,22$, $p < 0,05$; $r = -0,22$, $p < 0,05$ e $r = 0,21$, $p < 0,05$, respectivamente). Já as pessoas que demonstraram maior capacidade para tomar iniciativa e solucionar problemas [Ma:Mp ($r = 0,21$, $p < 0,05$)] e indícios de tensão situacional [Y ($r = 0,22$, $p < 0,05$)] apresentaram mais competências para Solução de Problemas na opinião dos líderes.

O índice de egocentrismo no Zulliger se correlacionou com TDO ($r = -0,29$, $p < 0,01$) e AORDC ($r = -0,26$, $p < 0,05$). Desse modo, os profissionais de exatas que foram bem avaliados pelos chefes apresentaram tendência a maior formalidade nos relacionamentos, reserva social e preferência por atividades de execução solitária, de cunho intelectual e mecânico ou artístico. Também foram valorizados os funcionários que demostraram um funcionamento cognitivo mais prático e que tendiam a se comportar de maneira realista e independente. Os resultados indicaram evidências de validade para o uso do ZSC em processos de seleção de profissionais da área de exatas.

Villemor-Amaral, Machado e Noronha (2009) estudaram a fidedignidade temporal do ZSC. As administrações do Zulliger foram realizadas individualmente com um intervalo de cinco meses entre o teste e o reteste. Participaram do estudo 25 homens, sem histórico de busca de ajuda psicológica ou psiquiátrica. Os pesquisadores selecionaram 16 indicadores do ZSC mais relevantes para análise de componentes cognitivos, afetivos e de relacionamento interpessoal. Foram feitas as estatísticas descritivas e a correlação de Pearson entre os dados da primeira e da segunda administração. Considerando o nível de significância de 0,01, as correlações de R, S, Dd, D, C, M, H, Hd, (H) e (Hd) foram satisfatórias (entre 0,60-0,99), H:Hd+(H)+(Hd), W, Sum_SH e CF foram moderadas (entre 0,40-0,60), e FC e EB não tiveram índices aceitáveis. As autoras concluíram que, pelo fato de a maioria dos índices ter boa precisão, a pesquisa contribuiu para a credibilidade do método.

Villemor-Amaral e Machado (2011) observaram que os indicadores de depressão que compõem a Constelação de Depressão (DEPI) do Sistema Compreensivo no Rorschach podem auxiliar no diagnóstico de depressão pelo Zulliger. Para chegar a essa conclusão, as pesquisadoras administraram o ZSC em 27 pacientes diagnosticados com depressão e 27 não pacientes e compararam os grupos. Entre as variáveis do DEPI, alcançaram valores significativos o índice FD + V ($t = 4{,}29$, $p < 0{,}001$), Sum-SH ($t = 2{,}15$, $p = 0{,}038$), Egocentrismo ($t = 2{,}57$, $p = 0{,}013$), FC>CF+C ($t = 2{,}89$, $p = 0{,}006$), Determinantes-mistos ($t = 2{,}54$, $p = 0{,}014$) e Intelectualização ($t = 3{,}10$, $p = 0{,}003$), sugerindo que o ZSC pode contribuir no diagnóstico da depressão.

Villemor-Amaral e Cardoso (2012) buscaram evidências de validade convergente do Tipo de Vivência (EB) do Sistema Compreensivo no Método de Rorschach e de Zulliger. Foram correlacionados 51 protocolos de adultos que responderam ao Zulliger e ao Rorschach em dias consecutivos, alternando-se a ordem de aplicação das técnicas. Ainda que os resultados indicassem correlações significativas, as diferenças nos estímulos oferecidos entre as duas técnicas tornaram menos confiável a definição do Tipo de Vivência no Zulliger segundo os parâmetros do Rorschach. A inconsistência observada sugere a necessidade de estabelecer novas proporções entre M e WSumC no Zulliger para definir o Tipo de Vivência. Além disso, as autoras consideram que há a necessidade de alterar as instruções do Zulliger, estimulando um número maior de respostas dadas a cada prancha, o que naturalmente demandaria novas pesquisas de padronização do Zulliger.

Franco e Villemor-Amaral (2012) analisaram 141 protocolos do teste de Zulliger, sendo 1/3 de pacientes psiquiátricos com diagnóstico confirmado pela SCID-I e os demais de não pacientes. Compararam as variáveis que compõem as constelações de psicopatologia do Sistema Compreensivo entre os dois grupos. Os resultados foram considerados insuficientes para indicar evidências de validade de uso das constelações de psicopatologia do Rorschach pelo Sistema Compreensivo com o Zulliger, não sendo possível simplesmente transpor esses dados de um método para outro. As pesquisadoras concluíram que o ZSC é mais eficaz para a compreensão de aspectos da dinâmica de personalidade que independem de quadros psicopatológicos, sendo mais indicado para a compreensão do funcionamento psíquico de uma pessoa do que para a atribuição de um diagnóstico nosográfico.

Grazziotin e Scortegagna (2012) encontraram evidências de validade das variáveis de relacionamento do ZSC correlacionando-as com o Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Participaram do estudo 19 trabalhadores que atuavam em funções que envolviam o relacionamento com o público. Após correlacionar os dois instrumentos, observou-se que

percepção positiva da representação humana (GPHR) no ZSC se correlacionou positivamente com índice geral de Habilidades Sociais (GIHS) (r = 0,51, p < 0,05) e com conversação e desenvoltura social (F3) (r = 0,54, p < 0,05). A soma de conteúdo Humano (Sum H) do ZSC teve correlação positiva com autoafirmação e enfrentamentos com risco (F1) (r = 0,53, p < 0,05), e conteúdo Humano Inteiro (Pure H) correlacionou-se positivamente com conversação e desenvoltura social (F3) (r = 0,42, p < 0,05). Já código especial de agressividade (AG) do ZSC teve correlação negativa com autocontrole da agressividade em situações aversivas (F5) com o IHS (r = -0,49, p < 0,05), indicando que, quanto maiores forem os indicadores de agressividade no ZSC, menor será o autocontrole pelo IHS. Além disso, o sombreado Textura (Sum T) apresentou tendência de se correlacionar negativamente com autocontrole da agressividade em situações aversivas (F5) (r = -0,53, p < 0,05), indicando que quanto maiores forem os indicadores de necessidade de contato no ZSC menor será o autocontrole pelo IHS. Todos esses resultados estão de acordo com as expectativas teóricas e contribuíram para evidências de validade para uso do Zulliger no contexto de trabalho.

Em outro estudo, Grazziotin e Scortegagna (2013) evidenciaram a validade das variáveis de relacionamento e de produtividade do ZSC correlacionando-as com os resultados no Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Nessa pesquisa, os instrumentos foram administrados em 40 participantes com idade entre 18 e 43 anos. Os resultados corroboraram o estudo anteriormente realizado pelas pesquisadoras. Além disso, o número de respostas (R) não obteve correlação significativa do ponto de vista estatístico com os fatores do IHS, mas qualitativamente denotou conexão. Desse modo, os resultados desse estudo também contribuíram para evidências de validade do ZSC.

Villemor-Amaral e Quirino (2013) buscaram evidências de validade do ZSC por meio da correlação entre as respostas envolvendo o uso do determinante cor (FC, CF e C) no Zulliger com o aspecto formal (Tapetes, Formações e Estruturas) no teste de Pfister. As pesquisadoras administraram o ZSC e o TPC em 60 crianças, sendo metade com 6 anos e a outra metade com 12 anos. Uma das principais hipóteses da pesquisa era de que crianças mais velhas teriam maior controle emocional. No entanto, as crianças de 12 anos apresentaram mais respostas de impulsividade (C) no ZSC, que se correlacionaram com o aumento de Estruturas do Pfister (r = 0,44; p = 0,01). As autoras problematizaram a possibilidade de esse resultado ser decorrente da puberdade, sugerindo a necessidade de mais estudos no mesmo sentido. As correlações foram baixas, e a única correlação significativa não condiz com o esperado, indicando a necessidade de mais estudos correlacionando essas técnicas.

Tavella e Villemor-Amaral (2014) buscaram evidências de validade para uso do ZSC para a avaliação da criatividade infantil. Para tal, 90 crianças de 11 e 12 anos de ambos os sexos realizaram o Teste de Criatividade Figural Infantil (TCFI). A partir dos resultados no TCFI, foram compostos dois grupos que responderam ao ZSC: um de crianças consideradas mais criativas (n = 26), e outro de crianças menos criativas (n = 35). O desempenho no ZSC foi comparado entre os dois grupos por meio do *t* de *Student* e houve diferenças significativas nas variáveis que mais frequentemente são indicadas na literatura como relacionadas com a criatividade [M (t = -3,33, p = 0,001) e Ma (t = -2,93, p = 0,001)]. Além disso, o grupo das crianças mais criativas demonstrou propensão a uma visão mais subjetiva, por vezes distorcida da realidade, demonstrando certa flexibilidade e capacidade de observar o que é de senso comum [FQ- (t = -3,74, p = 0,001) com P (t = -3,40, p = 0,001)] e tendências mais criativas e produtivas [R (t = -2,70, p = 0,001)]. O ZSC demonstrou potencial para ser usado com crianças, havendo a

necessidade de mais estudos para verificar as evidências de validade para identificação de criatividade.

Biasi e Villemor-Amaral (2016) constataram que o ZSC pode diferenciar crianças mais populares de crianças menos populares, indicando evidências de validade de critério para a avaliação de relacionamento interpessoal de crianças. A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira, participaram 119 crianças de ambos os sexos do 4º ao 6º ano do ensino fundamental de escolas públicas de uma cidade do interior de São Paulo. Todas as crianças responderam a um sociograma indicando com quais colegas da sala de aula elas mais gostariam de brincar e com quais não gostariam de brincar. Na segunda etapa, as crianças foram organizadas em dois grupos, sendo G1 (n = 26) de crianças mais populares e G2 (n = 22) de crianças menos populares. As crianças participantes da segunda etapa realizaram o ZSC individualmente em sessão única e após seus desempenhos foram comparados. Os resultados indicaram que as crianças consideradas mais populares tendem a se referenciar em suas próprias vivências no momento de tomar decisões, mostrando-se mais empáticas e com interesse pelas pessoas [Mp (U = 221,00, p = 0,04) e P (U = 210,5, p = 0,05)]. Já as crianças menos populares revelaram uma tendência a se afastar das figuras humanas inteiras e reais, dando preferência pelas partes das pessoas e por figuras fictícias [H<(H)+Hd+(Hd) (x^2 = 4,16, p = 0,04)]. Esses resultados indicam boas evidências de validade de critério.

Villemor-Amaral, Pavan, Tavella, Cardoso e Biasi (2016) encontraram evidências de validade do ZSC para identificar diferenças cognitivas e emocionais em diferentes fases do desenvolvimento infantil. Participaram 103 crianças com idade entre 6 e 12 anos, estudantes de escolas públicas do interior do estado de São Paulo. Foi comparado o desempenho no ZSC entre as crianças de 6 e de 12 anos. As crianças de 6 anos demonstraram mais contenção da expressão emocional de afetos desprazerosos [C’ (p = 0,032, d = 0,60)], identificação com figuras humanas reais e fantasiosas [H (p = 0,029, d = 0,49) e (H) (p = 0,022, d = 0,53)], expectativas de que suas necessidades sejam satisfeitas por outras pessoas [Fd (p = 0,050, d = 0,48)], preocupações com o corpo [An (p = 0,003, d = 0,66); An+Xy (p = 0,001, d = 0,47)], tendência ao oposicionismo [S-%; (p = 0,042, d = 0,46)], percepções mais inusuais e distorcidas dos fatos [FQ- (p = 0,007, d = 0,56), WD com FQ- (p = 0,001, d = 0,93), X-% (p = 0,001, d = 0,80) e Wsum6 (p = 0,007, d = 0,55)]. Já os participantes de 12 anos demonstraram mais criatividade conseguindo observar os fatos de um modo mais subjetivo [M (p = 0,042, d = 0,42) e M com FQu (p = 0,044, d = 0,35)], capacidade de reflexão de um modo mais racional e menos impregnado de afetos disfóricos [FD (p = 0,045, d = 0,31)] e uma percepção adequada da realidade [XA% (p = 0,001, d = 0,72), WDA% (p = 0,001, d = 0,96) e X+% (p = 0,048, d = 0,42)]. Os adolescentes também indicaram estados de ansiedade [FY (p = 0,024, d = 0,28) e ΣY (p = 0,004, d = 0,48)] com indícios de carência afetiva [FT (p = 0,018, d = 0,38) e ΣT (p = 0,018, d = 0,38)] e maior tendência ao isolamento [Ls (p = 0,029, d = 0,37)]. As pesquisadoras concluíram que o Zulliger diferenciou aspectos emocionais, sociais e cognitivos do desenvolvimento infantil típicos das diferentes faixas etárias, contribuindo para evidências de validade de uso do instrumento com o público infantil.

Villemor-Amaral e Vieira (2016) buscaram por evidências de validade para o ZSC na avaliação da maturidade para o relacionamento interpessoal em crianças. O ZSC foi administrado em dois grupos de crianças com 6 e 12 anos, totalizando 115 crianças. Foram feitas comparações por sexo e por idade. Nessa pesquisa, meninos apresentaram mais controle emocional [FC (t =

-2,803, p = 0,005)], com certa imaturidade intelectual e desconfiança [Ad (t = -2,442, p = 0,015)]. Já as meninas indicaram mais capacidade de empatia e de relacionamentos interpessoais [H (t = 2,010, p = 0,045)] e menor eficiência cognitiva [A (t = 2,098, p = 0,036)]. Na comparação por idade, as crianças menores mostraram uma tendência de perceber as relações como hostis [(H) (t = 2,812, p = 0,006)], enquanto os participantes de 12 anos indicaram maturidade relacional e interesse pelos outros [H (t = -1,877, p = 0,063)] e mais estabilidade nas ações [M (t = -1,940, p = 0,050)]. Os resultados indicam que o teste de Zulliger identificou aspectos de maturidade para o relacionamento interpessoal em crianças, sugerindo boas evidências de validade para uso do Zulliger.

Gregoleti e Scortegagna (2017) objetivaram verificar a utilidade do ZSC para avaliar idosos com doença renal crônica (DRC), em especial os construtos cognitivo e de relacionamento e a relação com variáveis externas. Participaram do estudo 60 idosos do Rio Grande do Sul com média de 73 anos (DP = 5,8), organizados em dois grupos: idosos com DRC e idosos sem um quadro clínico, pareados conforme o sexo. Os instrumentos adotados no estudo foram um protocolo elaborado pelas pesquisadoras para levantamentos das características sociodemográficas e de saúde, a escala de avaliação do estado mental Minimental e o ZSC. Após comparação entre o grupo com DRC e o grupo não clínico, verificou-se diminuição das variáveis Xu% (p = 0,031, d = 0,58), R (p = 0,002, d = 0,78), Fd (p = 0,021, d = 0,65) e índice de isolamento (p = 0,006, d = 0,61) e uma tendência não significativa para aumento de X-% (p = 0,337 e d = 0,23) e PHR > GHR. Foram encontrados resultados importantes que sugerem a utilidade do uso do ZSC para a compreensão do funcionamento cognitivo e do relacionamento interpessoal de idosos com DRC.

É importante acrescentar que, como já mencionado, além do Sistema Compreensivo, há também no Brasil publicações na perspectiva do sistema que Bruno Klopfer desenvolveu para a análise do Rorschach. No estudo de Angelini e Oliveira (2003) defenderam a possibilidade de uso de um teste verbal, como o Zulliger, na avaliação psicológica de pessoas surdas bilíngues. Os pesquisadores aplicaram o Zulliger individualmente em 10 pessoas com perdas profundas na audição. Para administração, traduziram as instruções padronizadas do Zulliger pelos Sistema Klopfer para a língua brasileira de sinais (Libras). Os resultados foram organizados em três tópicos. No primeiro, referente ao uso de um teste verbal com crianças surdas, as autoras consideraram ser viável o uso de testes verbais com surdos desde que o examinador seja fluente em Libras. No segundo tópico, sobre a necessidade de adaptações, destacaram que o tempo de sinalização na Libras difere do tempo da oralização dos ouvintes. Por fim, no terceiro tópico, compararam o desempenho dos surdos com as tabelas normativas de ouvintes e concluíram que é possível o uso do instrumento com surdos. As pesquisadoras destacaram a relevância de serem conduzidos mais estudos sobre a aplicação do teste em pessoas surdas.

Montes e Vaz (2003) utilizaram o Zulliger para constatar as condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual (SPM). Participaram da pesquisa 43 universitárias, com idade entre 18 e 35 anos, distribuídas em dois grupos: um com 25 mulheres que relataram ter SPM e outro por 18 mulheres sem SPM. Após comparar os grupos usando o *t* de *Student*, os resultados indicaram que as mulheres com SPM reagem emocionalmente de forma mais intensa e têm tendência à perda de controle emocional em comparação às mulheres do grupo sem sintomas pré-menstruais.

Rodrigues e Alchieri (2009) investigaram a manifestação da afetividade em crianças e jovens com síndrome de Down (SD) e a percepção de pais e educadores quanto à sua expressão no

comportamento e nas atividades sociais. Os 70 participantes com SD tinham entre 4 e 26 anos de idade e responderam ao Zulliger pelo Sistema Klopfer, enquanto os pais e os professores responderam a um questionário sobre a percepção da afetividade dos participantes. As crianças e os adolescentes com SD expressaram sua afetividade mediante características positivas e negativas, tal como as crianças que não tinham a síndrome.

Na revisão de literatura realizada por Graziotin e Scortegagna (2016), foram encontrados 15 artigos com o Zulliger, publicados entre 2004 e 2014, no cenário brasileiro. As autoras usaram o método Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Dos estudos obtidos, identificaram que 73% eram de normatização, validade e precisão, com a utilização do ZSC. As pesquisadoras identificaram que 20% eram com crianças (20%) e 80% eram com adultos idosos, sendo dois (13%) com idosos. Os resultados mostraram que, embora o número de publicações tenha se expandido, são escassos os trabalhos de investigações com o uso do instrumento, especialmente com crianças e idosos.

O conjunto de pesquisas relatadas demonstra a utilidade do método de Zulliger para a avaliação da personalidade. É notável nos últimos anos o aumento dos estudos que conferem validade e fidedignidade, mas novos estudos ainda precisam ser feitos visando a ampliar o conhecimento e sua aplicabilidade. Observa-se ainda que as lacunas apontadas por Graziotin e Scortegagna (2016) aparentemente foram consideradas pelos pesquisadores da área de modo que, das cinco pesquisas realizadas após 2014, quatro eram com crianças e uma com idosos. Por fim, destaca-se que além das publicações nacionais, há estudos internacionais que podem ser encontrados na *Rorschachiana*, revista da Sociedade Internacional de Rorschach (International Society of Rorschach – ISR), ou por meio do ResearchGate, uma rede social para cientistas.

CARACTERÍSTICAS DO TESTE E SUA APLICAÇÃO

Neste capítulo, será considerada a versão do ZSC (Villemor-Amaral & Primi, 2009). Nesse sistema, o material é composto por três cartões que contêm manchas de tinta ambíguas, e uma folha de localização das respostas para uso exclusivo do psicólogo que vai aplicar o teste. O instrumento pode ser aplicado em qualquer pessoa que tenha condições de se expressar verbalmente e que tenha suficiente acuidade visual, não importando a idade ou o nível cultural. A aplicação é sempre individual e dura cerca de meia hora, tendo duas fases distintas.

Na primeira, chamada fase de associação ou de resposta, os cartões são apresentados um de cada vez em uma sequência fixa predeterminada. Ao receber o cartão, o examinando deve dizer com o que cada uma das manchas se parece, enquanto o examinador deve fazer anotações completas e literais da fala do examinando, considerando cada detalhe da fala e do comportamento durante as respostas. É desejável que a pessoa examinada forneça um número suficiente de respostas para que seja feita uma boa análise. Protocolos com menos de seis respostas podem ter sua confiabilidade reduzida. Por isso, um bom preparo da pessoa antes de fazer a prova é fundamental para que ela responda ao teste com interesse e engajamento. Estimular um número maior de respostas, caso apenas uma seja dada na primeira prancha, é absolutamente necessário para que o examinando entenda que é preciso produzir mais para que os resultados sejam confiáveis.

Após a fase de respostas, inicia-se a etapa seguinte, chamada de inquérito, na qual o examinando deve indicar em que área da mancha localiza sua resposta, que pode ocorrer na mancha toda ou em partes dela (localização das respostas), e esclarecer quais características da mancha possibilitaram que ele achasse parecido com aquilo (determinantes das respostas). Nessa fase, também é preciso que o psicólogo registre todas as falas da pessoa, tal como foram ditas, e anote a área de localização da resposta em uma folha que contenha uma reprodução reduzida de cada cartão.

Após a aplicação individual, caso o examinando não tenha emitido o número mínimo de respostas durante a primeira fase, haverá uma fase intermediária entre a associação e o inquérito. Essa fase é conhecida como repassagem. Na repassagem, é explicado ao examinando que ele demonstrou compreensão da tarefa, mas que para a análise do material é importante que forneça uma quantidade maior de respostas. Desse modo, todos os cartões são repassados na mesma sequência para que ele tente produzir novas respostas, diferentes daquelas anteriormente dadas. Estas serão consideradas respostas adicionais e serão computadas igualmente na análise quantitativa dos dados. O fato de terem sido vistas posteriormente, mediante solicitação extra do examinador, será considerado na análise qualitativa dos dados.

Após a aplicação do teste, as respostas são rigorosamente codificadas, o que varia conforme o sistema interpretativo adotado. No Quadro 16.2.1, é possível visualizar uma síntese da aplicação.

QUADRO 16.2.1
Síntese dos procedimentos de aplicação

Fase de associação ou fase de respostas	• Inicialmente sem interferência do aplicador. • Aplicador interfere se for dada resposta única na prancha 1 ou se dar mais de 5 respostas aos estímulos na prancha 1.
Fase de inquérito ou de esclarecimento de respostas	• Participação ativa do aplicador, esclarecendo a localização e o determinante de cada resposta.
Fase da repassagem	

- (Eventual) Deverá ocorrer entre a fase da associação e de inquérito se houver um número reduzido de respostas.

PANORAMA GERAL SOBRE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS RESPOSTAS

Não é propósito deste capítulo apresentar detalhadamente o processo de classificação e interpretação das respostas dadas ao teste devido à sua complexidade. Para trabalhar com o teste, é necessária a leitura cuidadosa dos manuais disponíveis. Entretanto, para uma compreensão geral de como a análise funciona, o sistema de codificação com os seus principais passos será apresentado a seguir e sintetizado no Quadro 16.2.2.

QUADRO 16.2.2
Síntese dos critérios de codificação das respostas

Localização: W, D, Dd e S
Qualidade evolutiva: +, o, v e v/+
Determinantes: F, M, FM, m, FC, CF, C, FC’, C’F, C’, FT, TF, T, FV, VF, V, FY, YF, Y, FD, Fr e rF
Qualidade formal: +, o, u e -
Par: (2)
Conteúdo: H, (H), Hd, (Hd), A, (A), Ad, (Ad), An, Xy, Cg, Bl, Cl, Na, Bt, Fd, Hh, Ge, Ls, Sc, Fi, Ex, Sx, Ay, Art e Id
Popular: (P)
Atividade organizativa: ZW, ZS, ZA e ZD
Códigos Especiais: DV, DR, INC, FAB. CONTAM, ALOG, PSV, AB, AG, COP, MOR, PER, CP, GHR e PH

Classificação das respostas

Conforme já mencionado, com base no inquérito, as respostas recebem diversos códigos que representam as suas características, conforme se verá no esquema a seguir:

1. Localização: registra em que área da mancha a pessoa viu sua resposta e pode ser de quatro tipos básicos: Globais (W), partes frequentemente destacadas para se dar uma resposta (D), áreas menos frequentes (Dd) ou S, para quando a pessoa usa a parte branca da mancha, em uma inversão ou combinação de figura-fundo.
2. Qualidade evolutiva, que indica o grau de definição da resposta dada e sua complexidade, podendo ser respostas que combinam vários objetos (+), um objeto único percebido (o), um objeto vago (v) ou vários conceitos vagos combinados em uma única resposta (v/+).
3. Determinantes: indicam que aspecto da mancha sugeriu aquela resposta para a pessoa. Os determinantes podem ser de um modo geral a Forma, a Cor, a impressão de movimento ou as características de sombreado e tonalidades das manchas, cada uma dessas categorias com os devidos subtipos, totalizando 22 tipos diferentes de determinantes.
4. A qualidade formal: indica o quanto a resposta adequa-se ao formato da área onde está localizada, conforme estatisticamente demonstrado, ou o quanto se afasta dela. São quatro os tipos de qualidade formal, que vão da mais precisa à mais distorcida (+, o, u, -).
5. Respostas par sinalizam quando a pessoa se refere a dois objetos iguais devido à característica simétrica das manchas.
6. Categorias de conteúdo que se referem ao tipo de objeto identificado, tais como figuras humanas, animais, plantas e paisagens, constituindo 27 tipos.
7. Um código que indica se aquela resposta é muito comum na população (vista por 25% ou mais das pessoas).

8. Atividade organizativa que indica o grau de complexidade e sofisticação do raciocínio quando há combinação de mais de um objeto em uma resposta, podendo ser de quatro tipos (ZW, ZS, ZD e ZA).
9. Códigos especiais que se referem a deslizes cognitivos evidenciados na verbalização ou na percepção da resposta ou a características especiais de conteúdo. Essa categoria envolve 15 subcategorias.

A interpretação dos dados

Após a classificação das respostas de acordo com as nove categorias descritas, atribuindo-se vários códigos a cada uma, são feitas contagens de frequência e cálculos com esses códigos que vão levar a resultados que serão comparados com dados normativos. Estes se originam em estudos estatísticos e vão ajudar a construir o psicograma ou sumário estrutural do indivíduo, que sintetiza a análise quantitativa dos resultados. Para a realização dessa análise, os dados são organizados em agrupamentos de indicadores que envolvem aspectos como recursos e controle, tolerância ao estresse, dinâmica afetiva, autopercepção, relacionamento interpessoal e as funções cognitivas que consideram o processamento da informação, a mediação e a ideação.

Posteriormente, deve ser feita uma análise qualitativa, considerando seu conteúdo idiográfico, que extrapola a classificação padronizada das respostas e verifica suas especificidades individuais. Na continuidade da interpretação dos dados, a combinação da análise quantitativa (sumário estrutural) com a análise qualitativa deve ser verificada à luz da história do examinando e do motivo de realização da avaliação. E, por fim, integram-se esses dados com os obtidos por meio da entrevista e de outros testes, para uma visão abrangente e mais fidedigna da pessoa avaliada.

Dessa forma, fica clara a abrangência de dados sobre o funcionamento psíquico que o Zulliger permite revelar. É essa abrangência que o torna um instrumento útil nos mais variados campos de atuação do psicólogo, tais como os contextos organizacional, educacional, clínico e forense.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O INSTRUMENTO E SEU USO

O Zulliger, como método projetivo, permite explorar aspectos mais profundos do funcionamento psíquico da pessoa assim como ocorre no Método de Rorschach. Portanto, é possível fazer interpretações estruturais, associadas aos critérios de codificação das respostas, e temáticas, envolvendo uma análise interpretativa do conteúdo pessoal que é projetado sobre a mancha de tinta (Weiner, 2000), o que vai revelar aspectos mais idiossincráticos do examinando.

No que se refere aos aspectos estruturais, é preciso que se considerem as características psicométricas envolvidas no uso do instrumento, a começar pela padronização da aplicação. O Zulliger é bastante complexo e requer treinamento intenso para que seja administrado de modo adequado, conforme padronização. A administração exige também um conhecimento técnico prévio quanto aos critérios de codificação, interpretação das respostas, já que isso auxiliará na realização do inquérito sobre as respostas do sujeito. Isso demanda muito treino e habilidade do profissional que pretende usar o método, demandando supervisão para um efetivo aprendizado.

Conforme visto nas pesquisas mencionadas, o ZSC foi alvo de diversos estudos que buscaram por evidências de sua validade tanto para adultos quanto para crianças. Entretanto, ainda assim, há algumas lacunas relacionadas com a validade da interpretação de alguns indicadores e às normas para faixas etárias específicas, tais como adolescência e velhice. Além disso, as pesquisas têm sido realizadas em algumas regiões do Brasil sendo necessárias mais investigações que verifiquem semelhanças ou diferenças normativas devidas a diferenças culturais. Quanto aos estudos de precisão, embora esses ainda sejam incipientes no Brasil (Villemor-Amaral, Machado, & Noronha, 2009), há no manual do ZSC para adultos (Villemor-Amaral & Primi, 2009) os estudos de consistência entre avaliadores e de estabilidade temporal, que são os mais indicados no caso dos métodos projetivos (Fensterseifer & Werlang, 2008).

Parte das dificuldades para realizar esse tipo de pesquisa envolve particularidades do próprio instrumento. Pesquisar com os métodos projetivos é uma tarefa bastante complexa (Fensterseifer & Werlang, 2008), em especial no que se refere à coleta e à interpretação dos dados. No caso das pesquisas com o ZSC, destaca-se a dificuldade de acesso à quantidade representativa de amostra, uma vez que a administração ocorre de modo individual, exige estabelecimento de um *rapport* e boa interação entre aplicador e avaliado. Quanto à interpretação do desempenho no Zulliger, reforça-se que este é muito abrangente. Assim, além do rigor na codificação e análise do sumário estrutural do Zulliger, consideram-se os demais fenômenos que emergem durante a avaliação, tais como verbalizações e comportamentos expressos durante o exame, as temáticas preferenciais e, sobretudo, a associação dos dados gerados pelo Zulliger com os demais dados obtidos no decorrer do processo de avaliação como um todo, que deve associar outros instrumentos. Para a interpretação do material, não devem ser considerados os indicadores de modo isolado, devendo ser relacionados com as demais informações sobre o examinando (Weiner, 2000; Villemor-Amaral & Primi, 2009).

Por fim, consideramos que o Zulliger é um método relativamente rápido quando comparado a outros métodos projetivos e que, nos últimos anos, vem acumulando uma série de estudos psicométricos. Esses estudos sugerem tratar-se de um instrumento interessante para uso em diversos contextos, em especial o organizacional e clínico. Esperamos que, a partir do exposto, mais pesquisadores sigam ampliando as pesquisas com o método, contribuindo com o aprimoramento constante para uso do Zulliger no Brasil.

REFERÊNCIAS

Angelini, S. N., & Oliveira, R. V. (2003). Aplicação do teste verbal Zulliger (forma individual) em pessoas surdas. *Psic: revista da Vetor Editora, 4*(1), 82-93.

Biasi, F. C., & Villemor-Amaral, A. E. (2016). Evidências de validade no Zulliger-SC para avaliação do relacionamento interpessoal de crianças [Evidence of validity of Zulliger-sc to the assessmentof children's interpersonal relationship]. *Psico, 47*(1), 13-23.

Conselho Federal de Psicologia. (CFP). (2016). *Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos.* Recuperado de: http://satepsi.cfp.org.br/.

Exner, J. E. (1999). *Manual de Classificação do Rorschach para o Sistema Compreensivo.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2008). Apontamentos sobre o *status* científico das técnicas projetivas. In A. E. Villemor-Amaral, & B. S. G. Werlang. *Atualizações em Métodos projetivos para avaliação psicológica* (pp.15-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ferreira, M. E. A., & VillemorAmaral, A. E. de (2005). O teste de Zulliger e avaliação de desempenho [The Zulliger test and job performance evaluation]. *Paidéia, 15*(32), 367-376.

Franco, R. da R. C., & Villemor-Amaral, A. E. (2012). O Zulliger e as constelações do rorschach no sistema compreensivo [Zulliger and Constellations of the Rorschach applied in System-Comprehensive]. *Avaliação Psicológica*, *11*(1), 141-152.

Grazziotin, J. B. D. D., & Scortegagna, S. A. (2016). Revisão de pesquisas brasileiras sobre o Teste de Zulliger publicadas em artigos. *Avaliação Psicológica*, *15*(2), 227-235.

Grazziotin, J. B. di D., & Scortegagna, S. A. (2012). Zulliger e Habilidade Social: Evidências de validade no contexto empresarial [Zulliger and social skills: validity evidences in business context]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *25*(1), 69-78.

Grazziotin, J. B. di D., & Scortegagna, S. A. (2013). Relacionamento interpessoal, produtividade e habilidades sociais: um estudo correlacional [Interpersonal relationships, productivity and social skills: a correlational study]. *Psico-USF, 18*(3), 491-500.

Gregoleti, V., & Scortegagna, S. A. (2017). The Zulliger-CS in Elderly on Hemodialysis and the Relationship Between External Variables. *Paidéia, 27*(66), 43-50.

Mahmood, Z. (1990). The Zulliger Test, its past and future. *British Journal of Projective Psychology, 35*(2), 2-16.

Mattlar, C. E., Sandahl, C., Lindber, S., Lehtinen, V., Carlsson, A., Vesala, P., & Mahmood, Z. (1990). Methodological issues associated with the application of the comprehensive system when analyzing the Zulliger, and the structural resemblance between the Zulliger and the Rorschach. *British Journal of Projective Psycology*, *35*(2), 17-27.

Montes, R. M., & Vaz, C. E. (2003). Condições afetivoemocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do ZTeste e do IDATE. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *19*(3), 261267.

Rodrigues, E. C., & Alchieri, J. C. (2009). Avaliação das características de afetividade em crianças e jovens com síndrome de Down. *Psico-USF*, *14*(1), 107-116.

Tavella, R. R., & Villemor-Amaral, A. E. (2014). O teste de Zulliger-SC: Avaliação da criatividade em crianças [The Zulliger-SC test: assessment of children's creativity]. *Estudos de Psicologia*, *31*(4), p. 489-497.

Villemor-Amaral, A. E., & Cardoso, L. M. (2012). Validade Convergente do Tipo de Vivência (EB) no Teste de Zulliger/SC [*Convergent Validity Evidence of the Personality Style (*EB*) in Z-test/SC]*. *Psico*, *43*(1), 109-115.

Villemor-Amaral, A. E., & Franco, R. R. C. (2008). O teste de Zulliger no Sistema Compreensivo. In A. E. Villemor-Amaral, & B. S. G. Werlang (2008). *Atualização em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica [Updates on projective methods for psychological evaluation]* (pp.15-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E., & Machado, M. A. dos S. (2011). Indicadores de depressão do Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC) [The depression index in the Zulliger Comprehensive System (ZSC)]. *Paidéia*, *21*(48), 21-27.

Villemor-Amaral, A. E., & Primi, R. (2009). *Teste de Zulliger no Sistema Compreensivo ZSC: Forma individual [Zulliger test the Comprehensive System ZSC: Individual form]*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E., & Quirino, G. de S. (2013). Estudo comparativo entre indicadores afetivos das técnicas de Pfister e Zulliger [Comparative study between the affective indicators of Zulliger and Pfi ster tests]. *Avaliação Psicológica, 12*(1), 1-7.

Villemor-Amaral, A. E., & Vieira, P. G. (2016). Zulliger (CS) in Assessing the Relational Maturity of Children. *Paidéia*, *26*(5), 369-376.

Villemor-Amaral, A. E., Machado, M. A. dos S., & Noronha, A. P. P. (2009). O Zulliger no sistema compreensivo: um estudo de fidedignidade [The Zulliger in the Comprehensive System: A Reliability Study]. *Psicologia ciência profissão*, *29*(4), 656-671.

Villemor-Amaral, A. E., Pavan, P. M. P., Tavella, R. R., Cardoso, L. M., & Biasi, F. C. (2016). Validity Evidence of the Z-Test-SC for Use With Children. *Paidéia*, *26*(64), 199-206.

Weiner, I. B. (2000). *Princípios de interpretação do Rorschach.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zdunic, A. L. (2007). *El test de Zulliger en la evaluación de personal: aportes del Sistema Comprehensivo de Exner* [Zulliger test in evaluating personal: contributions Exner Comprehensive System]. (3a ed.). Buenos Aires: Paidós.

Zulliger, H., & Salomon, F. (1970). *El Test de Zulliger*. Kapelusz: Buenos Aires.

LEITURAS RECOMENDADAS

Salomon, F (1970). Algumas Notas biográficas sobre o autor. H. Zulliger, & F. Salomon. *El Test de Zulliger*. Kapelusz: Buenos Aires.

Zulliger, H. (1970) Prefácio à Primeira Edição do Teste Individual de Zulliger. In H. Zulliger, & F. Salomon. *El Test de Zulliger*. Kapelusz: Buenos Aires.

16.3

TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA (TAT) ABORDAGEM DA ESCOLA DE PARIS

Álvaro José Lelé

“Provas projetivas – instrumentos de pensamento”
(Nina Rausch de Traubenberg)

BREVE HISTÓRICO: ANTECEDENTES E DESCENDENTES DO TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA

O Teste de Apercepção Temática (TAT, do inglês Thematic Apperception Test) foi criado e proposto por Christiana Drummond Morgan e Henry Alexander Murray, nos Estados Unidos, em 1935. Tradicionalmente reagrupado na categoria dos ditos métodos projetivos (Frank, 1939/1965, 1948), o TAT, assim como o Rorschach, é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação psicológica para investigar a personalidade, ou seja, o modo de funcionamento psíquico de um indivíduo. O procedimento básico de aplicação do teste consiste em apresentar ao sujeito cartões com imagens sobre as quais lhe é pedido para imaginar uma história. Não é novo esse tipo de procedimento que visa a apreender como os sujeitos funcionam psiquicamente e desvendar suas características, seus conflitos e sua maneira de ser ou de se comportar por meio de utilização de histórias.

A primeira obra a ter desenvolvido essa relação é a do historiador suíço Jacob Burckhardt (1855/1885 em Anzieu, 1966a; Anzieu & Chabert, 1961/2004) sobre a Renascença Italiana. Ele descreveu a anatomia das obras de arte e da escultura italiana, tentando demonstrar o tipo de personalidade dos respectivos autores. A ideia diretora dessa obra foi a de que a produção artística expressa as características de uma personalidade.

Essa ideia foi retomada no final do século XIX e no início do século XX pela psicanálise (Anzieu, 1966a; Anzieu & Chabert, 1961/2004), quando Freud (1897/1996), inspirando-se no trabalho de 1855 de Burckhardt (1855/1885, 1855/1892), disseminou que as produções artísticas refletem a personalidade de seus criadores e expôs a sua visão pela primeira vez no relato de Werther, de Goethe, de 1774 (2010), no manuscrito N, dirigido a Fliess em 1897, salientando a ideia de que o autor se serve da obra como meio de se libertar de tendências suicidas, criando um herói que se suicida. Em seguida, Freud, referindo-se à tragédia de Sófocles, explicou *Édipo rei*, mostrando a importância do mito de Édipo na compreensão das neuroses, e que a temática em *Hamlet* ia no mesmo sentido. Na série de publicações de psicanálise literária, Freud se esforçou para encontrar um vínculo estreito entre a dramática pessoal do autor e a dramática de sua obra (Anzieu, 1966b). Em 1907, Freud aplicou sistematicamente tal ideia ao analisar o romance *Gradiva: uma fantasia pompeiana*, de Wilhelm Jensen (1903/1987), e concluiu que, de fato, as produções artísticas refletem os conflitos psíquicos de seus autores (Freud, 1907/1996).

No mesmo ano, conjuntamente a essas ideias, um material precursor do TAT foi inventado por Horace Leslie Brittain (1907). Brittain criou um teste de histórias para serem contadas composto de nove cartões com imagens representando cenas reais para estudar a imaginação de adolescentes. As imagens eram apresentadas aos adolescentes, e lhes era solicitado redigir histórias que essas imagens lhe sugeriam. Brittain não dava nenhuma interpretação em termos de personalidade. A interpretação se fazia em termos de imaginação: tratava-se, portanto, de ver a riqueza e os mecanismos da imaginação dos adolescentes. Há de se ressaltar que Binet (1903) já apresentava aos sujeitos cartões com figuras para estimular respostas verbais com o objetivo de estudar o desenvolvimento da inteligência.

Em 1908, o mesmo procedimento de Brittain é utilizado por Walter Libby com adolescentes. Libby (1908) analisou histórias elaboradas a partir de uma figura sugestiva, encontrando diferenças acentuadas no nível de objetividade e subjetividade delas em função da idade. Outro instrumento com cartões contendo imagens surgiu, em 1930, o The Four-Picture Test (FPT), de

David Jacob van Lennep (1967), após várias experiências inspiradas no teste de projeção de Georg August Roemer, de Stuttgart, aluno e assistente de Hermann Rorschach (Lennep, 1967; Lennep & Houwink,1955; Neuringer, 1968).

No entanto, o primeiro teste que usou cartões com imagens para a investigação da personalidade individual foi o de Louis Schwartz, em 1932 (Anzieu, 1966b). Schwartz retomou a técnica de Brittain (1907) e construiu o Social Situation Picture Test (SSPJ), constituído de oito cartões com imagens representativas de situações sociais mais frequentes vividas por menores abandonados e delinquentes de 7 a 15 anos. O objetivo era fazer um exame de perícia médico-psicológica de jovens delinquentes. Após apresentar cada imagem, Schwartz fazia um inquérito aos examinandos sobre o significado do cartão e os pensamentos de protagonista e sobre o que faria o sujeito em uma situação parecida (Silva, 1984). Para Schwartz, as histórias construídas pelo sujeito são descrições transpostas da sua conduta real em situações análogas da vida comum.

Desde o início da década de 1930, Murray já tinha vários experimentos em andamento sobre os "fatores internos (físicos e psíquicos) que influenciam a percepção, as interpretações e as avaliações que um sujeito faz dos objetos e das situações do mundo sobre ele" (Murray, 1933, p. 310). Em 1933, Murray publicou pesquisa sobre o processo de percepção e de apercepção. Para ele, o processo perceptivo se limita ao reconhecimento consciente de impressões sensoriais, ao passo que o processo aperceptivo designa "o processo – quaisquer que sejam seus antecedentes – em que o significado (...) é atribuído ao estímulo físico" (Murray, 1933, p. 310), ou seja, a interpretação do que é percebido em função de toda uma experiência anterior. Nesse artigo, ele apresentou um estudo sobre o efeito do medo nas apreciações da malignidade de outras pessoas.

No entanto, em que Murray se baseou para abordar o processo de apercepção, que inclusive nomeia o seu teste? Após exaustivas pesquisas bibliográficas, constatei que todos os estudiosos de Murray a que tive acesso não fizeram menção sobre a declaração feita por ele, em 1933, a respeito do conceito de apercepção. Silva (1971) chegou a afirmar que Murray não dá nem fonte nem definição do conceito de apercepção e explica que a sua fonte sobre apercepção vem da definição de Jung em sua obra *Tipos psicológicos*.

Entretanto, de acordo com as definições que Murray (1933) forneceu sobre suas articulações entre processo de percepção e de apercepção, ele utilizou o termo apercepção, recorrendo à definição de George Frederick Stout (1896b), para o qual, na apercepção, estão incluídos os processos de identificação, compreensão e interpretação. Portanto, o termo "apercepção" é usado para indicar uma característica que cada um desses processos tem em comum.

Para Stout (1896b, p.110), em todos esses processos, uma [re]apresentação "adquire um certo significado para o pensamento por conectar-se a alguma pré-formação mental, visto que esta já foi organizada no decorrer de uma experiência anterior". Por sua vez, Stout (1896a, 1896b) foi influenciado pelo conceito de apercepção em Herbart, desenvolvido por Wundt (1897), que utilizou esse termo na mesma acepção de Leibniz e Kant. Stout (1899, p. 98) também cita Walter Bowers Pillsbury (1897), estudioso da "Psicologia da Apercepção", que mais tarde, em sua obra *L'Attention* (Pillsbury, 1906), reserva um capítulo para as "Teorias da Apercepção", porém Murray não faz referência a esse capítulo em sua obra.

Ressalto que Murray (1933) teve acesso às obras de Stout, apesar de ter citado um dos volumes da obra *Analytic Psychology* (Stout, 1896b) somente em uma única ocasião e, apesar de sua referência a essa obra em 1933, não aproveitou para aprofundar sobre as "Teorias da Apercepção" e a "Psicologia da Apercepção" tratadas por Pillsbury (1897, 1906). Apesar de

Murray ter se pronunciado explicitamente sobre quem e em que se apoiou para abordar o processo de apercepção, é lamentável constatar que, em suas publicações ulteriores, não fez referência à obra de Stout, nem mesmo na sua primeira obra, *Explorations in Personality* (Murray, 1938).

A partir de suas articulações experimentais, Murray (1933) constatou que se pode apreender o funcionamento psíquico do sujeito por meio dos relatos de histórias adquiridas a partir da apercepção de imagens, podendo essas articulações serem consideradas como o fundamento teórico do TAT, que será publicado em uma primeira edição em 1935.

Em 1935, Morgan e Murray divulgaram a primeira versão, a partir do uso experimental, de um instrumento multidimensional que extrai do sujeito uma rica fonte de dados sobre si mesmo, ou seja, um instrumento que suscitasse o processo de apercepção, baseado no "fato bastante reconhecido de que, quando alguém interpreta uma situação social complexa, essa pessoa está apta a relatar ainda mais, tanto sobre si mesma quanto sobre os fenômenos nos quais sua atenção está focada" (Morgan & Murray, 1935, p. 289). Esse instrumento recebeu o nome de Thematic Apperception Test (Teste de Apercepção Temática), ou simplesmente TAT, sendo T para teste (investigação), A para apercepção (devido ao uso da interpretação perceptiva das imagens) e T para temática (devido aos temas eliciados pelas imagens). Portanto, "o ponto de partida do tema consiste na apercepção, ou mais exatamente na interpretação que dá o sujeito de sua percepção, em função de toda sua experiência anterior" (Morval, 1977/1982, p. 9).

Três anos mais tarde, Murray valeu-se dos resultados obtidos para escrever a sua primeira obra *Explorations in Personality* (1938). Nessa obra, Murray desenvolveu o seu sistema teórico, centrado na dualidade necessidade-pressão (*need-press*), conceitos esses fundamentais de sua *personologia*, uma teoria basicamente motivacional[1]. Colocava-se como hipótese fundamental a identificação do narrador com o personagem central (herói), isto é, partia-se do pressuposto de que diferentes indivíduos experimentam uma mesma situação cada um a seu modo, de acordo com sua perspectiva pessoal. Essa forma pessoal de elaborar uma experiência revelaria a atitude e a estrutura do indivíduo diante da realidade experimentada.

A abordagem de Murray (1938) se situa em uma perspectiva psicanalítica bastante rudimentar e utiliza a noção de projeção no sentido de atribuição (dos conteúdos psíquicos) a personagens imaginários. Na hipótese de Murray, o sujeito que se coloca em uma situação de regressão, similar àquela de uma sessão de cura psicanalítica, sendo incentivado a dar asas à imaginação, se identifica a um personagem central (herói) e projeta seus conflitos relacionais. Aqui, a projeção é tomada no sentido bastante literal de uma expulsão ou, ainda, de uma exteriorização[2] a idênticos constituintes psíquicos dos comportamentos relacionais, levados por Murray a uma oposição necessidades/pressões.

Apesar de essa concepção de Murray ter sido extremamente criticada por seus contemporâneos e seus discípulos, ela estabeleceu uma íntima conexão entre a técnica da narração sobre a imagem e a teoria psicanalítica e, assim, foi legitimada como exploração do conceito de projeção em um sentido psicanalítico. Em 1943, Murray (1943/2005) publica a forma definitiva do teste com seu *Manual of Thematic Apperception Test.*

Desde então, observam-se numerosas variações na técnica de utilização e adaptações em função do objetivo ou da população a que se destina o teste. A seguir, apresento uma compilação dos instrumentos derivados do TAT (Tab. 16.3.1). Para citar somente alguns, elaborei a tabela

para facilitar a visualização dos testes que surgiram após a publicação do manual do TAT (Murray, 1943/2005).

TABELA 16.3.1
Testes derivados do TAT

	Nome do teste	Abreviatura	Data	Autor
1	Make-a-Picture-Story	MAPS	1947	Scheidman (1947)
2	Thompson-TAT	T-TAT	1949	Thompson (1949)
3	Children's Apperception Test	CAT	1949	Bellak & Bellak (1949/1957)
4	Picture Story Test	PST	1949	Symonds (1949a)
5	Vocational Appercetion Test	VAT	1949	Ammons, Butler, & Herzig (1949, 1950)
6	Le test des fables de DUSS		1950	Duss (1950)
7	Blacky Pictures Test		1950	Blum (1950)
8	Test of Family Attitudes	TFA	1952	Jackson (1952)
9	TAT Nihon-ban		1953	Togawa (1953, 1961/1973)
10	Michigan Pictures Test	MPT	1953	Andrew, Hartwell, Hutt, & Walton (1953)
11	Le Congo TAT	TAT-Congo	1954	Ombredane (1954)
12	Le Test Filmique Thématique	TFT	1955	Cohen-Séat & Rebeillard (1955)
13	Object Relations Technique	ORT	1955	Philippson (1955/1999)
14	Le TAT indien		1960	Chowdhury (1960)
15	South African Picture Analysis Test	SAPT	1960	Nel & Pelser (1960)
16	Patte Noire	PN	1961	Corman (1961/1992)
17	Family Relations Indicator	FRI	1962	Howells & Lickorish (1962/1984)
18	Pickford Projective Pictures	PPP	1963	Pickford (1963)
19	Children's Apperception Test-Human	CAT-H	1965	Bellak & Bellak (1965)
20	The School Apperception Method	SAM	1968	Solomon & Starr (1968)
21	Dynamique Personnelle et Images	DPI	1969	Perron (1969a, 1969b)
22	Test de trois personnages Madeleine		1969	Backès-Thomas (1969/1974)
23	Colombus		1969	Langeveld (1969)
24	Gerontological Apperception Test	GAT	1971	Wolk & Wolk (1971)
25	Separation Anxiety Test	SAT	1972	Hansburg (1972)
26	Themes Concerning Blacks	TCB	1972	Williams (1972)
27	Teste Projetivo Omega	TPO	1972	Villas-Boas Filho (1972)
28	Education Apperception Test		1973	Thompson & Sones (1973)
29	Senior Apperception Test	SAT	1973	Bellak & Bellak (1973)
30	Roberts Apperception Test for Children	RATC	1982	McArthur & Roberts (1982)
31	Family Apperception Test	FAT	1988	Sotile, Julian, Henry, & Sotile (1988)
32	Tell-Me-A-Story	TEMAS	1988	Costantino, Malgady, & Rogler (1988)
33	Children's Apperception Story-Telling Test	CAST	1989	Schneider (1989)
34	Adolescent Apperception Cards	AAC	1993	Silverton (1993)

35	Teste das fábulas	1993	Cunha & Nunes (1993)

Nota. Elaborada pelo autor do capítulo com base nas publicações de Jacquemin (1982); Cohen de Lara-Kroon (1999); Verdon (2002); Anzieu & Chabert (1961/2004); Weiner & Greene (2007); Cohen, Swerdlik & Sturman (2012/2014).

No contexto brasileiro, a maioria dos psicólogos utiliza o manual do TAT, adaptado e padronizado para a realidade brasileira do trabalho original de Murray (Murray, 1943/2005)[3]. O TAT é composto por 31 cartões, 30 com imagens constituídas por desenhos, fotografias ou reproduções de gravuras e um totalmente branco[4]. Os cartões apresentam-se com uma numeração impressa no seu verso, que variam conforme sexo e faixa etária, de forma a se chegar a 20 cartões a serem aplicados em duas sessões. A seguir, apresento duas tabelas que sintetizam a identificação e a ordem de apresentação dos cartões em função de sexo e idade segundo o manual (Tabs. 16.3.2 e 16.3.3).

TABELA 16.3.2
Série de cartões aplicada na 1ª sessão

MURRAY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total
N.º CARTÃO Sexo & Idade	1	2	3RH	3MF	4	5	6RH	6MF	7RH	7MF	8RH	8MF	9RH	9MF	10	
HOMEM H	*	*	*		*	*	*		*		*		*		*	10
RAPAZ R	*	*	*		*	*	*		*		*		*		*	10
MULHER F	*	*		*	*	*		*		*		*		*	*	10
MOÇA M	*	*		*	*	*		*		*		*		*	*	10

Nota. *Cartão selecionado para aplicação.

TABELA 16.3.3
Série de cartões aplicada na 2ª sessão

MURRAY	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total
N.º CARTÃO Sexo & Idade	11	12H	12F	12RM	13HF	13R	13M	14	15	16	17RH	17MF	18RH	18MF	19	20	
HOMEM H	*	*			*			*	*	*	*		*		*	*	10
RAPAZ R	*			*		*		*	*	*	*		*		*	*	10
MULHER F	*		*		*			*	*	*		*		*	*	*	10
MOÇA M	*			*			*	*	*	*		*		*	*	*	10

Nota. *Cartão selecionado para aplicação.

Para a administração do teste, Murray indica a criação de um ambiente de confiança. A instrução convida o sujeito a inventar uma história para cada cartão. É recomendado ao psicólogo ficar atento para que a história tenha um início, um meio e um fim, que esteja claro sobre o que se passa na imagem, o que aconteceu antes, qual será o desfecho e também quais são os sentimentos experimentados pelos personagens. Para a segunda série, solicita-se ao sujeito ainda mais liberdade, convidando-o a integrar-se à sua imaginação, estimulando-o a ficções análogas a um mito, sonho, conto, etc. Para o cartão 16 (cartão em branco), é dado uma instrução especial: é pedido ao sujeito para imaginar uma gravura para depois inventar uma história correspondente. Após a aplicação de cada série, é feito um inquérito para saber de onde o sujeito tirou as ideias de suas histórias, mas também a relação que têm com suas experiências pessoais,

seus sonhos, suas fantasias ou ainda se foram inspiradas em livros e filmes. Para analisar e interpretar o material, Murray (1943/2005) distingue no protocolo a análise formal e a análise de conteúdo.

A análise formal estuda a organização, o estilo e a riqueza das formulações com o objetivo de obter informações sobre as qualidades intelectuais do sujeito. A análise de conteúdo articula-se em torno de cinco pontos: motivações, fatores internos e traços gerais do herói; forças do meio exercendo uma influência sobre o herói; desenvolvimento e desfecho da história; análise dos temas; interesses e sentimentos. Terminadas a análise formal e a análise de conteúdo, faz-se a síntese dos resultados (Murray, 1943/2005).

É preciso salientar que, apesar de o material do teste (imagens que o compõem) não ter sofrido alterações desde a sua publicação definitiva por Murray, em 1943, o seu uso tem mudado consideravelmente. O sistema de interpretação bastante literal de Murray, vinculado de preferência ao conteúdo das histórias, foi reelaborado por Leopold Bellak, em 1954 (Bellak, 1954a, 1954b).

Segundo Shentoub (1982), os estudiosos Rotter (1940), Rapaport, Gill e Schafer (1946), Wyatt (1947, 1958), Arnold (1949, 1962), Aron (1949), Piotrowski (1950), Symonds (1949b, 1954), para citar somente os expoentes, permaneceram ligados a outras tentativas de modificações do método de H. Murray, propondo novas classificações de necessidades, mas sempre vinculados ao “herói”. Cada um propôs vias diferentes, mas, durante um largo período, do qual ainda hoje persistem traços, ninguém ousou contestar a fundo a terminologia e a metodologia do “pai do mais importante teste da psicologia americana” (Bellak, 1958 apud Shentoub, 1982, p.2), ficando estritamente confinado ao conteúdo do tema que, analisado como os sonhos ou devaneios, deveria iluminar a vida inconsciente do sujeito.

Paralelamente, com a análise de conteúdo das histórias (ou seja, seu valor semântico), alguns outros autores (Balken & Masserman, 1940; Rapaport, 1952; Holt, 1958, 1951/1967; Dana, 1955, 1956, 1959) exploraram a dimensão expressiva das narrativas, ou seja, a maneira como a história é contada, abordagem formalizada por Roy Schafer (1958), em seu famoso trabalho intitulado *How Was This Story Told?*, que mostra que são as modalidades do discurso, muito mais do que o conteúdo, que diferenciam os indivíduos.

É importante lembrar que, apesar das diversas modificações e das novas diferentes propostas, a maioria delas, senão quase todas, agrega ou é, em algum grau, fundamentada nos conceitos de Henry Murray de necessidade-pressão e tema (Murray, 1938). Aliás, todos os escritos norte-americanos se inspiram na psicologia do ego, tal como estruturada pela Escola Psicanalítica Norte-Americana, sob a égide de Heins Hartmann (1937/1968), que representa uma modificação da metapsicologia freudiana clássica (Shentoub, 1972-1973, 1982). Um grupo que traz uma proposta inovadora em relação à obra de Murray e seus continuadores foi o da Escola de Paris, representado inicialmente por Vica Shentoub (1955), que se destacou como a pioneira, conforme será visto no tópico a seguir.

No que se refere ao TAT, é importante lembrar que os continuadores diretos (Rapaport, Schafer, Holt, Bellak, Wyatt), segundo Shentoub (1972-1973), da obra de Murray, “pai” do TAT, pertenciam a essa escola, de forma que a maioria dos trabalhos sobre o TAT, senão quase todos, se inspiravam na teoria hartmaniana (Shentoub, 1972-1973).

TAT: ESCOLA DE PARIS[5]

Desde o início de seus trabalhos, na década de 1950, Vica Shentoub se colocava em uma posição diametralmente oposta à da de Murray quanto ao enfoque do material e sua terminologia (teoria das necessidades-pressões, investigação das motivações, dos conflitos, etc.). Ela dá mais importância à forma das narrações do que ao seu conteúdo: a principal hipótese é a de que as modalidades de construção e de elaboração das narrações-TAT remetem aos mecanismos de defesa característicos da organização psíquica do sujeito (Shentoub et al., 1990). Nesse sentido, a Escola de Paris dos métodos projetivos (sobretudo, Rorschach e TAT), como enfatizam Shentoub e colaboradores (1990), negligencia "(...) as investigações centradas sobre variáveis isoladas, como a agressividade, as necessidades sexuais, o desejo de afirmação ou de realização... [e] sobre as correlações que pudessem existir entre essas variáveis e o comportamento manifesto do sujeito" (p. 15). E, nesse sentido, Shentoub e colaboradores (1990) complementam:

> (...) o principal objetivo era precisamente tirar o TAT do trilho desses conteúdos pretensamente significativos, para o tornar operacional em matéria de diagnóstico diferencial nos diversos modos particulares do funcionamento mental. O TAT só teria interesse nesta perspectiva numa abordagem holística: por outras palavras, é à noção de estrutura individual que nós devemos nos referenciar, correspondendo esta às grandes linhas, relativamente estáveis, da organização mental, aos sistemas eletivos da vida interior e relacional de cada um (p.15).

Em seus estudos de 1955 a 1967, Shentoub e Rausch de Traubenberg (1958), em consonância com Symonds (1949a, 1949b), constataram que os dados retirados do conteúdo das narrações do TAT têm pouco valor diferencial, fato já verificado por Rapaport e Schafer (1946). Nessa sequência, com a validação do TAT (Shentoub & Shentoub, 1958), essas pesquisas centralizavam seus estudos na forma das narrações (como o sujeito constrói as narrações), isto é, sobre as diversas modalidades de elaboração do discurso que são testemunhas dos mecanismos de defesa, tal como aparecem nas estruturas psicopatológicas conhecidas, em particular nas neuroses e psicoses (Shentoub, 1955, 1957, 1967; Shentoub & Shentoub, 1958).

Vica Shentoub e Salem Shentoub (1958) reconheceram que o que permite distinguir o normal do patológico no TAT é antes de tudo a forma de resolver e de assumir os conflitos expressos nos temas das histórias dadas no TAT, isto é, a maneira de organizar a narração. Foi para controlar e fazer essa análise estrutural que eles desenvolveram a Folha de Cotação do TAT, que permite classificar as características estruturais em categorias fundamentadas a partir das noções mais correntes da psiquiatria francesa da época e dos dados da psicanálise. Para demonstrar a utilização da Folha de Cotação, eles se serviram de protocolos de sujeitos psicóticos e não psicóticos.

A pesquisa sobre o tema banal, ou seja, a frequência dos temas dados em uma população normal ou patológica, equivalente às respostas banais (vulgares, populares) no Rorschach, efetuada por Vica Shentoub e Salem Shentoub (1960), confirmaria sua hipótese inicial sobre o valor não diferencial dos temas no seu sentido literal e, consequentemente, conduzindo à

necessidade de se levar em conta o modo como o tema é construído, em função da distância estabelecida pelo sujeito em relação às representações reativadas pelo estímulo.

A partir de 1963, tratando-se tanto da apresentação de casos clínicos quanto de reflexões teóricas, a tônica é colocada sobre o papel do ego, de suas funções conscientes e inconscientes, e o ato de organização que representa o fato de "contar uma história a partir do estímulo" (Shentoub et al., 1990, p.16).

Foi em 1967, por ocasião de uma pesquisa longitudinal sobre o devir das manifestações fobo-obsessivas na criança, que surgiu a dimensão decisiva desse trabalho: a necessidade de elaborar uma teoria do TAT (Shentoub, 1967). Para fazer isso, foi preciso não se referir aos elementos esparsos da teoria psicanalítica (conforme proposto por Murray, em 1938), mas, sim, ao *corpus* metapsicológico freudiano, tomado no seu todo. Portanto, era preciso levar em consideração a primeira tópica que focava o inconsciente, o pré-consciente e o consciente, com a segunda tópica, que englobando a anterior preconizava a divisão tripartite da mente em id, ego e superego; além dos três pontos de vista clássicos da psicanálise: dinâmico, econômico e tópico.

Os trabalhos que surgiram entre 1969 e 1974 foram responsáveis pelos resultados obtidos posteriormente. Neles, Shentoub (1972-1973, 1973) e Shentoub e Debray (1969, 1970-1971, 1971) expõem a técnica de análise e de interpretação do material e, igualmente, os postulados teóricos. Mas foi a partir dos escritos de Shentoub e Debray (1970-1971, 1971) que o aspecto formal das narrações, mais do que seu conteúdo, foi contemplado como parte integrante do material e de sua instrução, como indissociavelmente ligado às próprias exigências da narração solicitada: "elaborar uma história coerente, lógica, transmissível ao outro" (Shentoub & Debray, 1970-1971, p. 900). A hipótese defendida por Shentoub e Debray (1970-1971) é a de que a narração do TAT remete, por meio da organização do discurso, às operações psíquicas mobilizadas no processo associativo desencadeado pela apresentação das imagens.

Nos anos subsequentes, ampliaram-se as possibilidades interpretativas do TAT. O primeiro manual, *Manuel d'utilisation du TAT (Approche psychanalytique),* foi publicado em 1990 por Vica Shentoub e colaboradores, atualizado em 2003 por Françoise Brelet-Foulard, Catherine Chabert e colaboradores, com o nome *Nouveau Manuel du TAT (Approche psychanalytique)*, e publicado e traduzido no Brasil em 2005 (Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008).

Assim, a Escola de Paris do TAT propôs uma teoria a partir da definição do Processo-TAT, que é entendido como "o conjunto dos mecanismos mentais compreendidos nessa situação singular em que é pedido ao sujeito para *imaginar uma história a partir do cartão*" (Shentoub et al., 1990, p. 26). A análise desses mecanismos mentais somente pode ser abordada após uma análise aprofundada da situação que os produz. Essa situação-TAT, ou qualquer situação-projetiva, é definida por três parâmetros: material, instrução e presença do examinador. Esses parâmetros podem ser assimilados em uma situação de conflito, visto os seguintes paradoxos existentes neles:

1. o material, ao mesmo tempo figurativo e ambíguo, presta-se a uma análise objetiva, do tipo perceptiva (conteúdo manifesto, ou seja, características objetivas do estímulo), e a uma interpretação do estímulo, desencadeada por associações de ordem projetiva (o que traduz as significações latentes ou solicitações simbólicas atribuídas ao estímulo);
2. a instrução, que ao mesmo tempo solicita ao sujeito "dar asas à sua imaginação" (imaginar uma história = acesso ao fantasma e ao processo primário), foca a necessidade de o sujeito levar em conta o conteúdo manifesto (a partir do cartão = controle consciente, portanto,

processo secundário); e

3. a presença do psicólogo, que traduz a dualidade do seu próprio papel: estar presente de um modo neutro, não intervir, abster-se de qualquer julgamento e de qualquer relação real, mas, ao mesmo tempo, impõe um material, uma instrução e transcreve as narrações do sujeito, o que faz do psicólogo o representante tanto da fantasia quanto da realidade (Shentoub et al., 1990). Devo salientar que a transcrição, no aqui e agora, do que o sujeito fala, no lugar do uso de um gravador, justifica-se pela importância dada à escuta do psicólogo e à sua relação com o sujeito, que fazem parte da análise formal.

Logo, a compreensão teórica do Processo-TAT permite fazer a elaboração de um método objetivo de análise do material recolhido. Vica Shentoub e Rosine Debray completaram a teoria do Processo-TAT propondo uma análise do material em termos de conteúdo manifesto e de conteúdo latente, assim realizando a primeira abordagem desse tipo, visto que, até aqui, as pesquisas eram mais interessadas no conteúdo das narrações fornecidas pelos sujeitos. A hipótese fundamental é a de que os cartões do TAT representam situações que se remetem aos conflitos universais e, especialmente, ao conflito edipiano: quase todos os cartões, de fato, referem-se à diferença das gerações e/ou à diferença dos sexos (Shentoub et al., 1990).

Para evitar as dificuldades de aplicação e padronização causadas pelos cartões opcionais e pela aplicação da prova em duas sessões (Murray, 1943/2005), Shentoub (Shentoub & Shentoub, 1958; Shentoub, 1967) reduziu a quantidade de material, propondo que a prova deveria ser aplicada em uma única sessão e que a ordem dos cartões deveria ser respeitada. Lelé destaca:

> (...) a redução feita por Shentoub não deve ser confundida com a liberdade que a técnica nos oferece de escolher cartões específicos de acordo com os temas e problemáticas que, levantadas preliminarmente durante as entrevistas (motivo da consulta, demanda do sujeito), pretendemos investigar (2000, p. 84).

Shentoub (Shentoub & Shentoub, 1958; Shentoub, 1967) selecionou somente os cartões pertinentes e mais significativos segundo suas pesquisas, isto é, aqueles que contemplavam toda a gama da problemática humana reativada durante todo o percurso da vida, a identidade/identificação e a relação objetal. O jogo francês de cartões do TAT é composto de 18 cartões do jogo original norte-americano (Murray, 1943/2005, p. 37-38), aplicados a partir dos 6 anos de idade em ambos os sexos (Debray, 1987a, 1987b). Os cartões 1, 2, 3RH, 4 e 5 são propostos aos meninos e às meninas (até 14 anos), aos homens e às mulheres (a partir de 15 anos); 6RH, 7RH e 8RH são propostos aos meninos e aos homens; 6MF, 7MF e 9MF são propostos às meninas e às mulheres; 10, 11, 12RM, 13R, 19 e 16, propostos aos meninos, às meninas, aos homens e às mulheres, e o 13HF é proposto unicamente aos sujeitos adultos, homens e mulheres. O cartão 16 deve ser proposto a todos os sujeitos no fim da aplicação. Apresento a recapitulação da ordem de apresentação dos cartões segundo o TAT – Escola de Paris (Tab. 16.3.4).

TABELA 16.3.4
Ordem de apresentação e quantidade de cartões para cada sujeito, em função de sexo e idade, segundo a Escola de Paris

Total de cartões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Nº do cartão Sexo & idade	1	2	3RH	4	5	6RH	6RH	7RH	7MF	8RH	9MF	10	11	12RM	13R	13HF	19	16	Quantidade de cartões a ser aplicada
Homem	*	*	*	*	*	*		*		*		*	*	*	*	*	*	*	15
Mulher	*	*	*	*	*		*		*		*	*	*	*	*	*	*	*	15
Menino	*	*	*	*	*	*		*		*		*	*	*	*		*	*	14
Menina	*	*	*	*	*		*		*		*	*	*	*	*		*	*	14

Nota. Elaborada a partir de Brelet-Foulard & Chabert (2003/2008, p. 53).

Destaco que é importante a prévia organização dos cartões. Os cartões devem ser empilhados com as gravuras viradas para baixo e organizados na ordem de apresentação sugerida acima, em ordem decrescente, colocados desse modo sobre a mesa (o cartão 1 deve ser o primeiro a estar sobre a pilha).

Para a Escola de Paris, a instrução “Imagine uma história a partir do cartão” é dada no início e não é repetida. Em seguida, o psicólogo entrega o cartão de número 1 ao sujeito e assim por diante. Uma nova instrução é dada antes de entregar o último cartão (cartão 16: cartão branco).

Ao contrário do método proposto por Murray, não há um inquérito para cada cartão no final da aplicação e também não é pedido para dar título às histórias[6]. Mas, no decorrer da aplicação, diante de um sujeito inibido e/ou com um grande mal-estar, intervenções podem ser feitas. No entanto, essas intervenções devem ser avaliadas do ponto de vista de seus efeitos: as intervenções ora servem de suporte ou apoio, permitindo ao sujeito recuperar-se para dar continuidade à narração, ora podem reforçar o peso das defesas utilizadas pelo sujeito ou, ainda, serem vivenciadas como uma intrusão que poderia provocar uma ruptura, precipitando o sujeito em uma desorganização ainda mais importante (Shentoub et al., 1990; Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008).

Quanto ao tempo utilizado, este deve ser marcado de forma mais discreta possível (de preferência por um relógio de pulso com ponteiros que marquem os segundos) evitando introduzir uma conotação psicométrica à aplicação. O tempo se inicia no momento da entrega de cada cartão. Para cada cartão, são anotados o tempo de latência inicial, isto é, o tempo que decorre entre a apresentação do cartão e o momento em que o sujeito começa a falar (comentários ou história), o tempo de latência intranarração[7], que é caracterizado pelo silêncio mais ou menos longo durante a narração, e o tempo total, que transcorre entre a apresentação do cartão e o fim do relato do sujeito sobre o cartão.

As características temporais nunca são interpretadas em termos de eficiência, como nos testes de inteligência, mas somente como referências clínicas que revelam a maior ou menor reatividade do sujeito ou, pelo contrário, a sua tendência para a inibição (Shentoub et al., 1990; Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008). A diversidade dos tempos pode mostrar a sensibilidade do sujeito em relação a cada solicitação simbólica dos cartões (Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008).

A tomada das narrações é completamente necessária, e o discurso deve ser anotado na sua íntegra, respeitando assim todas as suas características: frases inacabadas, passagem de um tema a outro, erros gramaticais e intervenções do clínico. Efetivamente, a análise do protocolo do TAT é realizada a partir da análise formal da narração e, em virtude disso, torna-se imprescindível transcrever o discurso do sujeito da forma mais fidedigna. É necessário destacar que a análise do

protocolo implica a sua transcrição. O uso do gravador não é aconselhável, na medida em que introduz uma nova variável na situação, que pode ser sentida de forma positiva ou negativa, mas nunca sem efeito (Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008).

As intervenções durante a aplicação devem ser poucas. Isso não significa que o psicólogo não o deva fazer: nunca deve esquecer que a situação-TAT é, antes de tudo, "uma situação clínica e cabe ao psicólogo ajustar a relação com o sujeito, em função da sua experiência e sensibilidade" (Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008, p. 55). Portanto, o psicólogo deve levar em conta suas intervenções[8] e o impacto que elas tiveram na apreciação da aplicação, visto que são características fundamentais para apreender as modalidades de investimento da relação. Concluída a aplicação do conjunto dos cartões, que consiste na primeira etapa do método de Shentoub, o material recolhido vai ser objeto de análise.

A segunda etapa consiste no trabalho de cotação, ou seja, de análise e de interpretação. Esse trabalho incide sobre o texto das narrações relatadas pelo sujeito, anotadas na ordem de apresentação dos cartões. O método utilizado foi denominado "análise cartão por cartão". Para operacionalizar esse trabalho, Vica Shentoub e Salem Shentoub (1958), apoiando-se em referências psicopatológicas de adultos, elaboraram um crivo de análise dos diferentes procedimentos de elaboração do discurso, intitulada "Folha de Cotação do TAT".

Essa folha de cotação foi criada a partir do modelo freudiano do funcionamento psíquico e dos conceitos da psicopatologia psicanalítica. As estratégias defensivas, traduzidas pelos mecanismos de defesas, que surgem por meio da linguagem e seus arranjos discursivos podem ser analisados e evidenciados a partir dos procedimentos utilizados na elaboração do discurso. Os mecanismos de defesa utilizados pelos sujeitos contra seus conflitos psíquicos, possíveis de serem reativados pela solicitação simbólica de cada cartão, podem, assim, nortear, na sua complexidade, as diferentes organizações neuróticas, psicóticas e outras entidades clínicas, tais como os funcionamentos limites, as depressões e as perturbações graves do narcisismo (Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008).

Os diferentes procedimentos de elaboração do discurso foram recenseados graças ao estabelecimento da Folha de Cotação do TAT, que deve servir de "crivo de referência para apreciar e cotar as particularidades de construção de cada história" (Shentoub, 1987, p. 120). Chabert (1998/2004) alerta que a Folha de Cotação do TAT não deve, em caso algum, ser considerada e utilizada como um crivo de avaliação, cuja simples cotação levaria à colocação de uma etiqueta nosográfica. A referida Folha de Cotação do TAT é somente "um *instrumento de trabalho* que pode ser regularmente modificado, porque é por vezes insatisfatória, mas também, e sobretudo, está relacionada à evolução da clínica e às questões que ela coloca" (Chabert, 1998/2004, p. 85).

Atualmente, a Folha de Cotação do TAT encontra-se em sua quinta versão[9] (Anexo) e é composta de 53 procedimentos, dispostos em quatro grandes categorias: a Série "A" qualifica as modalidades defensivas rígidas, no registro do controle (com o modelo psicopatológico da neurose obsessiva); a Série "B" designa as modalidades defensivas lábeis, no registro do imaginário e do afeto (com o modelo psicopatológico da neurose histérica); na Série "C", as modalidades defensivas são representadas pela evitação do conflito (com o modelo psicopatológico das patologias do narcisismo); e, por fim, a Série "E", foco deste estudo, qualifica as modalidades sustentadas pelas emergências dos processos primários (com o modelo psicopatológico da psicose) (Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008; Anzieu & Chabert,

1961/2004). Para evitar qualquer definição interpretativa, cada item das séries é apresentado no manual do TAT de maneira descritiva e acompanhado de exemplos escolhidos para ilustrar o uso de cada procedimento presente na Folha de Cotação do TAT (Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008).

Os procedimentos presentes nessa folha remetem às modalidades de tratamento dos conflitos que podem ser reavivados pela apresentação do material. A análise deverá levar em conta a natureza, a variedade, o peso dos procedimentos utilizados pelo sujeito, mas igualmente a sua articulação com outros procedimentos da mesma série ou de outra série. Ao final da avaliação de cada protocolo do TAT, é registrada a frequência total correspondente a cada procedimento observado, cartão por cartão, e no conjunto global de todos os cartões-estímulo analisados (Brelet-Foulard & Chabert, 2003/2008).

Na sequência da análise, trata-se também de demarcar as problemáticas abordadas pelo sujeito mediante os cartões, podendo essas problemáticas tanto oscilarem entre diferentes redes conflituais quanto remeterem para diferentes conflitos. Esses dois movimentos (análise dos procedimentos e demarcação das problemáticas) estão estreitamente imbricados, mesmo que, para esclarecer o trabalho de análise, transitoriamente serão separados. Ambos têm como objetivo apreender o trabalho psíquico do qual são testemunhos os procedimentos de elaboração do discurso diante das solicitações implicadas pela situação-TAT (Shentoub et al., 1990).

Por fim, a terceira etapa consiste na síntese das informações obtidas, que deverá passar pelo preenchimento sobre a Folha de Cotação do TAT no que se refere aos diferentes procedimentos de elaboração do discurso utilizados pelo sujeito. Esse preenchimento permitirá apreciar a qualidade do processo associativo, levando em conta as relações entre representações, afetos e mecanismos de defesa (do ponto de vista tópico, econômico e dinâmico). Desse modo, poderão ser destacadas as modalidades de funcionamento psíquico colocadas em jogo na experiência TAT e propostas hipóteses quanto às modalidades de funcionamento psíquico do sujeito (Shentoub et al., 1990).

Para ter conhecimento do estado da arte no estudo do TAT no Brasil, foi feito uma busca pelos descritores “Teste de apercepção temática”, no Portal de Periódicos e Banco de Teses e Dissertações da Capes (http://periodicos.capes.gov.br/). Verifiquei que, nos últimos 10 anos, as pesquisas com o TAT, no Brasil, segundo a abordagem de Murray (1938, 1943/2005) e demais estudiosos de sua teoria, constituem-se, em sua maioria, de descrições de traços de personalidade de populações específicas: personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório (Bandeira & Barbieri, 2007); transtorno da personalidade *borderline* (Antúnez & Santoantonio, 2008); avaliação da abordagem terapêutica de natureza breve de mulheres obesas com dificuldade de adesão ao tratamento clínico (Mishima & Barbieri, 2009); o Desenho da Figura Humana e o TAT em adolescentes grávidas em hospital geral (Iwata, Rosa, & Valente, 2013); modo de funcionamento psíquico de adolescentes gestantes e usuários abusivos de substâncias psicoativas (Scaduto, Barbieri, & Santos, 2014); a estrutura de personalidade de pais e sua influência no exercício da paternidade de crianças obesas (Mishima-Gomes, Dezan, & Barbieri, 2014).

O TAT também foi usado na análise dos movimentos oculares de pessoas com esquizofrenia durante exploração visual de figuras de testes projetivos (Lukasova, Zanin, Chucre, Macedo, & Macedo, 2010); reflexões sobre o uso de estímulos baseados no TAT e no procedimento de Desenhos-Estórias como forma de acessar representações sociais do envelhecimento humano (Miranda, Furegato, Simpson, & Azevedo, 2007); processo das configurações familiares e as

relações entre os idosos provedores e seus familiares dependentes (Areosa, 2008); estados emocionais em idosos (Dallagnol, Schmidt, & Argimon, 2014).

Verifiquei ainda o uso do TAT em estudos sobre temas como motivações conscientes e inconscientes que levam casais heterossexuais a escolher não ter filhos (Rios, 2007); representações de desejos maternos antes e após o parto (Barros, 2010); representações de vínculos conjugais (Carvalho & Paiva, 2010); e análise da evolução de psicoterapia breve de adulto por meio da aplicação do TAT (Affonso & Faria, 2015). Foi encontrada ainda uma pesquisa mais recente que trata de dados normativos para adultos por meio do sistema morvaliano[10] (Scaduto, 2016).

Ainda de acordo com a literatura, percebo que, no Brasil, a metodologia do TAT, proposta pela Escola de Paris, tem sido pouco utilizada e restrita a um número baixo de publicações. Silva (2003 em Murray, 1943/2005) foi uma das primeiras estudiosas do TAT a utilizar no Brasil a metodologia da Escola de Paris. Ela realizou um estudo sobre a precisão de avaliadores na utilização do método de cotação do TAT da Escola de Paris, evidenciando uma concordância de 98% entre os avaliadores. Castro (2003) se utilizou desse método de cotação do TAT em estudo sobre pessoas em processos por disputa de guarda. Lelé, Tardivo, Gil, Steiner e Cautella (2006) se utilizaram da abordagem do TAT, segundo a Escola de Paris, para ter mais conhecimento da dinâmica psíquica de pacientes internados em hospital psiquiátrico. Rebelo (2007) também apresenta um estudo comparativo de sujeitos brasileiros e franceses com surtos psicóticos na adolescência por meio do Rorschach e do TAT da Escola de Paris, confirmando a permanência da universalidade do funcionamento psíquico entre esses sujeitos. Lelé (2013) e Lelé, Flores-Mendoza e Tardivo (2014) utilizaram a Folha de Cotação do TAT da Escola de Paris para estabelecer distinção entre sujeitos psicóticos e não psicóticos. O referido estudo apontou que 93% dos indivíduos foram corretamente classificados evidenciando a eficácia do TAT na perspectiva adotada pela Escola de Paris.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante salientar que o TAT da Escola de Paris distancia-se diametralmente da abordagem de Murray e seus seguidores, porque o tornou operacional em matéria de diagnóstico diferencial nos diversos modos particulares do funcionamento mental (neurose, patologias narcísicas e psicose) e na dialética da continuidade da variação entre o normal ou patológico.

Do ponto de vista da Escola de Paris, o TAT somente tem interesse em uma abordagem holística, ou seja, referenciado na noção de estrutura individual. Para tanto, essa abordagem encontrou uma teoria homogênea que sustentasse uma metodologia igualmente homogênea, suscetível de explicar o que acontece no sujeito quando lhe é pedido para imaginar uma história a partir de uma imagem, ou seja, adotar uma teoria capaz de esclarecer os mecanismos singulares, comprometidos nessa situação específica. Portanto, a Escola de Paris adota o *corpus* metapsicológico freudiano, tomado no seu todo, enquanto a metodologia de análise e interpretação do TAT, proposta por Murray, refere-se aos elementos esparsos da teoria psicanalítica e é apoiada na personologia.

Disso decorre que as contribuições oferecidas pela metodologia projetiva, proposta pela Escola de Paris, por meio do uso do TAT, ampliam a compreensão do funcionamento psíquico do sujeito, na medida em que possibilitam a identificação dos mecanismos de defesa e a leitura transnosográfica que pode ser feita de cada protocolo individual. Há de se salientar também que essa metodologia projetiva constitui um valioso instrumento da avaliação psicológica, devido ao seu potencial e às possibilidades de aberturas diagnósticas que oferece. Nesse sentido:

> A hipótese central da metodologia projetiva é que as operações mentais utilizadas durante a aplicação das provas projetivas [essencialmente o Psicodiagnóstico de Rorschach e o TAT] são capazes de manifestar as modalidades de funcionamento psíquico próprias de cada sujeito na sua especificidade, assim como nas suas articulações singulares. Ela consiste, portanto, em demarcar as condutas psíquicas subjacentes às operações mobilizadas pelas provas projetivas (Chabert, 1998/2004, p. 7).

Torna-se importante reafirmar que, para a Escola de Paris, o TAT deve fazer parte da avaliação psicológica junto com o Psicodiagnóstico de Rorschach, devendo ser usados somente nos contextos clínico e individual. Ainda para essa escola, em relação às modalidades de funcionamento psíquico de um indivíduo, com um propósito de reunir os aspectos mais variados, mais heterogêneos e mais contraditórios, ao usar o TAT e o Rorschach, o avaliador deve ter em vista que sempre é o mesmo sujeito que fala.

Além disso, com a aplicação dos referidos testes, a análise do protocolo deverá ser feita considerando-se os dados complementares que surgem em ambos os instrumentos projetivos. Entretanto, não se pode jamais esquecer que qualquer técnica, até mesmo a metodologia projetiva, proposta pela Escola de Paris, que reuniu até aqui uma impressionante quantidade e qualidade de conhecimentos empíricos, não é senão um instrumento que apoia um processo, visando a ter acesso ao conhecimento de um ser psíquico, independentemente do contexto e do propósito desse conhecimento. Ela sempre será parcial e relativa, construída em um tempo e espaço específicos que determinarão sua expressão.

REFERÊNCIAS

Affonso, R. M. L., & Faria, A. P. (2015). Avaliação da Psicoterapia Breve de Adulto por meio do TAT: contribuição do teste de apercepção temática –TAT. *Boletim de Psicologia, 65*(143), 211-228.

Ammons, R. B., Butler, M. N., & Herzig, S. A. (1949). *The Vocational Apperception Test, plates and manual*. Louisville: R. B. Ammons.

Ammons, R. B., Butler, M.N., & Herzig, S.A (1950). A projective test for vocational research and guidance at the college level. *Journal of Applied Psychology, 34*(3), 198-205.

Andrew, G., Hartwell, S. W., Hutt, M. L., & Walton, R. E. (1953). *The Michigan Picture Test (Manual).* Chicago: Science Research Associates.

Antúnez, A. E. A., & Santoantonio, J. (2008). Análise fenômeno-estrutural e o estudo de casos. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia, 28*(1), 53-71.

Anzieu, D. (1966a). Méthode et techniques projectives. Test d'histoires à composer : le TAT. *Bulletin d Psychologie, 19*(248), 829-839.

Anzieu, D. (1966b). Méthode et techniques projectives. *Bulletin d Psychologie, 19*(249), 1063-1073.

Anzieu, D., & Chabert, C. (2004). *Les Méthodes projectives*. Paris: PUF. (Obra originalmente publicada em 1961)

Areosa, S. V. C. (2008). *Envelhecimento, contexto social e relações familiares: o idoso, de assistido a provedor da família*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Arnold, M. B. (1949). A demonstration analysis of the TAT in a clinical setting. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 44*(1), 97-111.

Arnold, M. B. (1962). *Story sequence analysis; a new method of measuring motivation and predicting achievement*. New York: Columbia University Press.

Aron, B. (1949). *A Manual for Analysis of the Thematic Apperception Test*. Berkeley, Californie: Willis & Berg.

Azoulay, C. (2002). La feuille de dépouillement du TAT: des origines à nos jours. *Psychologie Clinique et Projective*, *8*, 21-59.

Azoulay, C., & Emmanuelli, M. (2000). La feuille de dépouillement du TAT: nouvelle formule, nouveaux procédés. *Psychologie Clinique et Projective, 6*, 303-327.

Balken, E. R., & Masserman, J. H. (1940). Language of Phantasy: III. The Language of the Phantasies of Patients with Conversion Hysteria, Anxiety State, and Obsessive-Compulsive Neuroses. *The Journal of Psychology, 10*(1), 75-86.

Bandeira, M. F., & Barbieri, V. (2007). Personalidade e Câncer de Mama e do Aparelho Digestório. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *23*(3), 295-304.

Barros, I. P. M. (2010). *Movimentos de desejo materno antes e após o nascimento do filho: um estudo longitudinal*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-03092010-105001/en.php

Bell, J. E. (1964). *Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad* (G. A. Maci, Trad., 2a ed. ampl.) Buenos Aires: Paidós. (Obra originalmente publicada em 1948)

Bellak, L. (1954a). A study of limitations and “failures”: toward an ego psychology of projective techniques. *Journal Projective Techniques, 18*(3), 279-93.

Bellak, L. (1954b). *The Thematic Apperception Test and The Children’s apperception Test in clinical use*. New York: Grune and Stratton.

Bellak, L. (1958). Henry A. Murray: An Appreciation. *Journal of Projective Techniques*, *22*(2), 143-144.

Bellak, L., & Bellak, S. S. (1957). *Manuel du Test d’Apperception pour enfants C.A.T. et du supplement C.A. T.-S.* Paris: Centre de Psychologie Appliquée. (Obra originalmente publicada em 1949)

Bellak, L., & Bellak, S. S. (1965). *The CAT-H- A Human modification*. Larchmont. New York: C.P.S.

Bellak, L., & Bellak, S. S. (1973). *Senior Apperception Test*. New York: C.P.S.

Binet, A. (1903). *L’étude expérimentale de l’intelligence*. Paris: Schleicher Frères et Cia. Recuperado de: http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k758553

Blum, G. S. (1950). *The Blacky pictures: A technique for the exploration of personality dynamics*. New York: Psychological Corporation.

Brelet-Foulard, F. (1986). *Le TAT: Fantasme et situation projective*. Paris: Dunod.

Brelet-Foulard, F., & Chabert, C. (Eds.). (2008). *Novo Manual do TAT. Abordagem Psicanalítica.* (2a ed., A. J. Lelé, trad.) São Paulo: Vetor. (Obra originalmente publicada em 2003)

Brittain, H. L. (1907). A study in imagination. *The Pedagogical Seminary*, *14*(2), 137-207. Recuperado de: https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=hvd.32044102879400

Burckhardt, J. (1885). *Le Cicérone, guide de l’art antique et de l’art moderne en Italie*. (Première partie, 5ed revue et complétée, A. Gérard, Trad.) Paris : Librairie de Firmin-Didot et Cia. (Obra originalmente publicada em 1855). Recuperado de: http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k117172t

Burckhardt, J. (1892). *Le Cicérone, guide de l’art antique et de l’art moderne en Italie.* (Seconde partie, 5ed revue et complétée, A. Gérard, Trad.) Paris : Librairie de Firmin-Didot et Cia. (Obra originalmente publicada em 1855). Recuperado de http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1171736/f6.image

Carvalho, F. C. G., & Paiva, M. L. S. C. (2010). O olhar de três gerações de mulheres a respeito do casamento. *Boletim de Psicologia, 59*(131), 223-235.

Castro, L. R. F. (2003). *Disputa de guarda e visitas: no interesse dos pais ou dos filhos?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chabert, C. (2004). *Psicanálise e Métodos Projetivos*. São Paulo: Vetor. (Obra originalmente publicada em 1998)

Chagnon, J-Y. (2013). L’École de Paris: bref historique. *Carnet Psy, 169*(2), 27-29.

Chowdhury, V. (1960). An Indian modification of TAT. *Journal of Social psychology, 51*(2), 245-263.

Cohen de Lara-Kroon, N. (1999).*Thematic Apperception Tests for Children*. Recuperado de: http ://www.cohendelara.com/pdf/chapter_02.pdf

Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014) *Testagem e Avaliação Psicológica – Introdução a Testes e Medidas.* (8a ed.). Porto Alegre: AMGH. (Obra originalmente publicada em 2012).

Cohen-Séat, G., & Rebeillard, M. (1955). Test Filmique Thématique. *Revue internationale de filmologie, 6*(20-24), 111-115.

Conselho Federal de Psicologia. (2003). *Resolução CFP nº 002, de 24 de março de 2003. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de teste psicológicos e revoga a Resolução nº 025/2001*. Brasília: CFP.

Corman, L. (1992). *Le Test PN: Manuel* (9a. ed.). Paris: Presses Universitaires. (Obra originalmente publicada em 1961)

Costantino, G., Malgady, R. G., & Rogler, L. H. (1988). *TEMAS (Tell-Me-A-Story) Test Manual.* Los Angeles: Western Psychological Services.

Cunha, J. A., & Nunes, M. L. T. (1993). *Teste das fábulas: forma verbal e pictórica*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Dallagnol, C., Schmidt, E. B., & Argimon, I. I. L. (2014). Estados emocionais de idosas a partir do Teste de Apercepção Temática. *Psico, 45*(1), 73-82.

Dana, R. H. (1955). Clinical diagnosis and objective TAT scoring. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 50*, 19-25

Dana, R. H. (1956). *A Manual for Objective TAT Scoring*. Recuperado de: http://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=rri_facpubs

Dana, R. H. (1959). The perceptual organization TAT score: number, order and frequency of components. *Journal of Projective Techniques, 23*(3), 307-310.

Debray, R. (1987a). Le TAT aujourd'hui et demain. *Psychologie française, 32*(3),127-130.

Debray, R. (1987b). Qu'apporte le TAT à 6 ans? *Psychologie française, 32*(3),157-159.

Frank, L. K. (1948). *Projective Methods*. Springfield: Charles C. Thomas.

Frank, L. K. (1965). Projective Methods for the Study of Personality. In L.K. Murstein, *Handbook of projective techniques* (pp. 1-22). New York: Basic Books. (Obra originalmente publicada em 1939)

Freud, S. (1996) Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 9). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1907)

Freud, S. (1996). Rascunho N: notas III. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol.1, pp. 304-307). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1897)

Goethe, J. W. (2010). *Os sofrimentos do jovem Werther*. São Paulo: Abril. (Obra originalmente publicada em 1774)

Hall, C.S., & Lindzey, G. (1973). *Teorias da Personalidade*. (cap.5). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária. (Obra originalmente publicada em 1957)

Hansburg, H.G. (1972). *Separation Anxiety Test*. Huntington, NY: Krieger.

Hartmann, H. (1968). *La Psychologie du moi et le problème de l'adaptation*. (trad. de l'allemand par Anne-Marie Rocheblave-Spenlé). Paris : PUF. (Obra originalmente publicada em 1937)

Holt, R. R. (1958). Formal aspect of the TAT. A neglected resource. *Journal of Projective Techniques*, *22*(2), 163-172.

Holt, R. R. (1967). O Teste de Apercepção Temática. In H. H. Anderson, & G. L. Anderson (Eds.), *Técnicas projetivas do uso diagnóstico psicológico* (Cap. VII, pp. 193-236). São Paulo: Editoria Mestre Jou. (Obra originalmente publicada em 1951).

Howells, J. G., & Lickorish, J. R. (1984). *Family Relations Indicator: Manual.* New York: International Universities Press. (Obra originalmente publicada em 1962)

Iwata, H.; Rosa, H. R., & Valente, M. L. L. C. (2013). O desenho da figura humana e o TAT em adolescentes grávidas: um estudo no hospital geral. *Boletim de Psicologia, 63*(138), 65-80.

Jackson, L. (1952). *A Test of Family Attitudes*. London: Methuen.

Jacquemin, A. (1982). Les variantes du "Thematic apperception test"pour l'étude des groupes culturels. *Revue belge de Psychologie et de Pédagogie, 44*(180), 135-144.

Jensen, W. (1987) *Gradiva: uma fantasia pompeiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 102p. (Obra originalmente publicada em 1903)

Langeveld, M.J. (1969). *The Columbus: Picture analysis of growth towards maturity*. Basel, Switzerland: Krager.

Lelé, A. J. (2002). A Escola Francesa do T.A.T. – Homenagem a Vica Shentoub (17 JUL 1920 –19 NOV 1999). *Anais Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica – Teorização e Prática, 5, e Conferência Internacional de Avaliação Psicológica – Formas e Contextos, 8* (pp. 82-85). São Paulo: Vetor.

Lelé, A. J. (2013). *A emergência dos processos primários no TAT da escola de Paris em adultos com diagnóstico de esquizofrenia*. Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Recuperado de: http://www.fafich.ufmg.br/pospsicologia/attachments/article/232/ALVARO%20JOSE%20LELE%20FINAL.pdf

Lelé, A. J., Flores-Mendoza, C. E., & Tardivo, L. S. P. (2014). Emergence of Primary Processes in the TAT of the Parisian School in Adults With Schizophrenia. *Rorschachiana, 35*(2), 134–153.

Lelé, A. J., Tardivo, L. C., Gil, C. A., Steiner, A. L. & Cautella Jr., W. (2006). TAT segundo a Escola Francesa em pacientes internados em hospital psiquiátrico: estudo preliminar. In N. Abreu e Silva e D. Matos do Amparo (Orgs.), *Anais do Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos, 4.* (pp. 486-494). Brasília: ASBRo.

Lennep, D. J. van (1967). O Teste das Quatro Gravuras (The Four-Picture Test). In H. H. Anderson, & G. L. Anderson, *Técnicas projetivas do uso diagnóstico psicológico* (pp. 163-191). São Paulo: Mestre Jou.

Lennep, D. J. van, & Houwink, R.H. (1955). La validation du Test-des-quatre-images. *Revue de Psychologie Appliquée, 5*(4), 265-282.

Libby, W. (1908). The imagination of adolescents. *The American Journal of Psychology, 19*(2), 249- 252.

Lukasova, K., Zanin, L. L., Chucre, M. V., Macedo, G. C., & Macedo, E. C. (2010). Análise dos movimentos oculares de pacientes com esquizofrenia durante a exploração visual de figuras de testes projetivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(2), 119-125.

McArthur, D. S., & Roberts G. E. (1982). *Roberts Apperception Test for Children manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Miranda, F.A.N., Furegato, A. R. F., Simpson. C. A., & Azevedo, D. M. (2007). Figuras e significados: recursos gráficos na pesquisa de representações sociais. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 9*(2), 526-36.

Mishima, F. K. T., & Barbieri, V. (2009). Saúde feminina: considerações sobre psicodiagnóstico interventivo na obesidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde, 17*(2), 92-100.

Mishima-Gomes, F. K. T., Dezan, S. Z., & Barbieri, V. (2014). "Não pode!": Função paterna e a obesidade infantil. *Psico, 45*(2), 176-186.

Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies. *Archives Neurology and Psychiatry, 34*(2), 289-306.

Morval, M. V. G. (1982). *Le TAT et les fonctions du Moi. Propédeutique à l'usage du psychologue clinicien.* (2e ed., revue, corrigée et augmentée). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal. (Obra originalmente publicada em 1977).

Murray, H. A. (1933). The effect of fear upon estimates of the maliciousness of other personalities. *Journal of Social Psychological, 41*(3), 310-329.

Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age.* New York: Oxford University Press.

Murray, H. A. (2005). *T.A.T: Teste de apercepção temática. Henry A. Murray e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard* (M.C.V. Silva, Adapt.). (3a ed., adapt., amp.) São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra originalmente publicada em 1943)

Nel, B. F., & Pelser, A. J. K. (1960). *South African Picture Analysis Test (SAPAT)*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Neuringer, C. (1968). A Variety Thematic methods. In A. I. Rabin. *Projective Techniques in Personality Assessment: A Modern Introduction* (pp.222-261). New York: Springer.

Ombredane, A. (1954). *L'exploration de la mentalité des Noirs congolais au moyen d'une épreuve projective – Le Congo TAT*. Gembloux: J. Duculot.

Perron, R. (1969a). Dynamique Personnelle et Images. Une épreuve projective thématique. *Revue de psychologie appliquée, 19*(1), 17-33.

Perron, R. (1969b). *D.P.I: Dynamique personnelle et images: épreuve projective thématique* . Paris: ECPA, Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.

Pillsbury, W. B. (1897). A Study in Apperception. *American Journal of Psychology, 8*(3), 315-393.

Pillsbury, W. B. (1906). *L'Attention* (M. A. Molloy, & R. Meunier, Trad.). Paris: Octave Doin.

Piotrowski, Z. A. (1950). A new evaluation of the TAT. *Psychoanalitical Review, 37*(2), 101-187.

Rapaport, D. (1952). Projective Techniques and the Theory of Thinking. *Journal of Projective Technique, 16*(3), 269-275

Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1946). *Diagnostic psychological testing* (Vol. II) Chicago: The Year Book Publishers. Recuperado de: https://ia600307.us.archive.org/19/items/diagnosticpsycho007976mbp/diagnosticpsycho007976mbp.pdf

Rausch de Traubenberg, N. (1983). Techniques projectives II. *Psychologie Française, 28*(2), 98-99.

Rebelo, M.-T. (2007). *Étude comparative des décompensations psychotiques de l'adolescence au Brésil et en France*. Thèse de Doctorat, Université Paris-Descartes, Paris.

Rios, M.G. (2007). *Casais sem filhos por opção: Análise psicanalítica através de entrevistas e TAT*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Rotter, J. B. (1940). Studies in the use and validity of the thematic apperception test. *Character and Personality, 9*(1), 18-34.

Scaduto, A. A. (2016). *O Teste de Apercepção Temática (TAT) em adultos: Dados normativos para o sistema morvaliano*. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia Ciências e letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-11052016-104942/es.php

Scaduto, A. A., Barbieri, V., & Santos, M. A. (2014). Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. *Psicologia: Teoria e Prática, 16*(2), 156-171.

Schafer, R. (1958). How was this story told? *Journal of Projective Techniques, 22*(2), 181-210.

Schneider, M. F. (1989). *Children's Apperception Story-Telling Test*. Austin: PRO-ED.

Shentoub V., & Shentoub S. A. (1958). Contribution à la recherche de la validation du TAT: feuille de dépouillement. *Revue de psychologie appliquée, 8*(4), 275-341.

Shentoub, V. (1955). Le "Thematic Apperception Test" en neuropsychiatrie infantile. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance, 3*(11-12), 588-593.

Shentoub, V. (1957). Le TAT et la schizophrénie juvénile : considérations méthodologiques. *Psychologie française, 2*(3),185-189.

Shentoub, V. (1967). Le *devenir des manifestations phobo-obsessionnelles de la pré-puberté à l'adolescence.* Thèse de Doctorat de 3ème Cycle, Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Paris, Paris.

Shentoub, V. (1972-1973). Introduction théorique à la méthode du T.A.T. *Bulletin de psychologie, 26*(10-11)305, 582-602.

Shentoub, V. (1973). A propos du normal et du pathologique dans le T.A.T. *Psychologie Française, 18*(4), 251-259.

Shentoub, V. (1982). Thematic apperception test (TAT). In V. Shentoub, & N. Rausch de Traubenberg. Test de projection de la personnalité. *Encyclopédie médico-chirurgicale, 9,* 37190 A 10, pp. 1a-14.

Shentoub, V. (1987). TAT: théorie et méthode. *Psychologie française, 32*(3), 117-126.

Shentoub, V., & Debray, R. C. (1969). Contribution du TAT au diagnostic différentiel entre le normal et le pathologique chez l'enfant. *La Psychiatrie de l'enfant*, *12*(1), 241-266.

Shentoub, V., & Debray, R. C. (1970-1971). Fondements théoriques du processus T.A.T. *Bulletin de Psychologie, 24*(12-15)(292), 897-903.

Shentoub, V., & Debray, R. C. (1971). Diagnostic différentiel entre des états pathologiques chez le jeune adulte. Étude de quatre cas; contribution du TAT et des épreuves d'efficience intellectuelle. *La Psychiatrie de l'enfant, 14*(1), 233-272.

Shentoub, V., & Rausch de Traubenberg, N. (1958). Les techniques projectives : problèmes théoriques de la validation. *La Psychiatrie de l'enfant,1*(1), 238-246.

Shentoub, V., & Shentoub, S. A. (1960). Recherche expérimentale et clinique du thème "banal" dans le T.A.T., *Psychiatrie de l'enfant, 3*(2), 405-524.

Shentoub, V., Chabert, C., Azoulay, C., Bailly-Salin, M-J., Benfredj, K., Boekholt, M., Brelet-Foulard, F., … & Serviere, A. (Eds.), (1990). *Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.

Silva D. R. (1971). *A perspectiva psicanalítica de interpretação do TAT*. (Monografia 5, Separata, III série, 14) Lisboa: Revista da Faculdade de Letras.

Silva, E. F. (Coord.). (1984). *O Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na* Cultura Brasileira. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/ISOP.

Silverton, L. (1993). *Adolescent Apperception Cards: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Solomon, I. L., & Starr, B. D. (1968). *The School Apperception Method*. New York: Springer.

Sotile, W. M., Julian, A., Henry, S. E., & Sotile, M. O. (1988). *Family Apperception Test: Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Stout, G. F. (1896a). *Analytic psychology*. (Vol. I). London : Swan Sonnenschein.

Stout, G. F. (1896b). *Analytic psychology*. (Vol. II). London : Swan Sonnenschein.

Stout, G. F. (1899). *A manual of psychology*. (Vol. I). London: University Correspondence College Press.

Symonds, P. M. (1949a). *Adolescent Fantasy. An investigation of the picture-story method of personality study*. New York: Columbia University Press. Recuperado de: https://ia902606.us.archive.org/23/items/adolescentfantas010548mbp/adolescentfantas010548mbp.pdf

Symonds, P. M. (1949b). New directions for projective techniques. *Journal of Consulting Psychology*, *13*(6), 387-389.

Symonds, P. M. (1954). Are Projective Test Data Valid Bases for Prediction? *Journal of Projective Techniques, 18*(4), 515-519.

Thompson, C. E. (1949). The Thompson Modification of the Thematic Apperception Test. *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques, 13*(4), 469-478.

Thompson, J. M., & Sones, R. (1973). *The Education Apperception Test.* Los Angeles: Western Psychological Services.

Togawa, Y. (1973). Teste de Apercepção Temática Japonês. In G. W. Allport. *Personalidade:*

padrões e desenvolvimento. (D. Moreira Leite, Trad.). São Paulo: EPU. (Obra originalmente publicada em 1961)

Togawa, Y. (Eds.). (1953). *TAT Nihon-ban shian 1, kaiga tokaku kensa zuhan* [The tentative Japanese version of the thematic apperception test, No. 1]. Tokyo: Kaneko Shobo.

Verdon, B. (2002). Le TAT: une épreuve projective heuristique pour la clinique du sujet âgé. *Psychologie Clinique et Projective, 8*, 183-202.

Villas-Boas, J., Filho. (1972). *TPO – Teste Projetivo Omega*. Rio de Janeiro: Cepa.

Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2007). Thematic Apperception Test. In I. B. Weiner, & R. L. Greene. *Handbook of Personality Assessment*. (pp. 425-480). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.

Williams, R.L. (1972). *Themes Concerning Blacks: Manual*. St. Louis, MO: Williams.

Wolk, R. L., & Wolk, R. B. (1971). *Gerontological apperception test*. New York, Behavioral Publications.

Wundt, W. M. (1897) *Outlines of psychology*. London: Wilhelm Engelmann.

Wyatt, F. (1947). The Interpretation of the Thematic Apperception Test. *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques, 11*(1), 21-25

Wyatt, F. (1958). A Principle for the Interpretation of Fantasy. *Journal of Projective Techniques, 22*(2), 229-245.

LEITURAS RECOMENDADAS

Backes-Thomas, M. (1974). *Teste dos Três Personagens: Contribuição ao Estudo dos Métodos Projetivos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1969)

Bellak, L. (1959). On the Problems of the Concept of Projection. In L. E. Abt, & L. Bellak (Eds), *Projective Psychology: Clinical Approaches to the Total Personality* (pp. 7-32). New York: Barney Rosset at Grouve Press, Inc. (Obra originalmente publicada em 1950)

Brelet-Foulard, F., & Chabert, C. (Eds.). (2003). *Nouveau Manuel du TAT. Approche Psychanalytique.* Paris: Dunod.

Chabert, C. (2006). Contribution des méthodes projectives dans la recherche en psychopathologie clinique et en psychopathologie. In O. Bourguignon, & M. Bydlowski (Org.), *Recherche clinique et en psychopathologie. Perspectives critiques*. (2e ed., pp. 93-110). Paris: Puf. (Obra originalmente publicada em 1995).

Düss, L. (1950). *La méthode de fables en psychanalyse infantile*. Paris: L'Arche.

Jenkins, S. R. (Eds.). (2008) *A Handbook of Clinical Scoring Systems for Thematic Techniques Apperceptive*. New York: Erlbaum.

Phillipson, H. (1999). *Test de Relaciones Objectales*. Buenos Aires: Paidós. (Obra originalmente publicada em 1955)

Pickford, R.W. (1963). *Pickford Projective Pictures*. London: Tavistock.

Shneidman, E.S. (1947). The Make-A-Picture-Story (MAPS) projective personality test: A preliminary report. *Journal of Consulting Psychology, 11*(6), 315-325.

Vane, J. R. (1981) The thematic apperception test: A review. *Clinical Psychology Review, 1*(3), 319-336.

Villerbu, L. M. (1994). *Psychopathologie projective. Éléments d'élaboration d'une clinique expérimentale* (2e ed.). Rennes: Éditions A.R.C.P. (Obra originalmente publicada em 1993).

Para o leitor se inteirar sobre os conceitos e os fundamentos de Murray, além de sua primeira obra (Murray, 1938), consultar capítulo VIII de Bell (1948/1964), capítulo V de Hall & Lindzey (1957/1973) e Silva (1984).

Sentido referido por Frank (1939/1965, 1948).

Manual considerado favorável para o uso segundo Resolução CFP nº. 002/2003 (Conselho Federal de Psicologia, 2003).

Para a descrição dos cartões, consultar Manual do TAT (Murray, 1943/2005, p. 36-38).

Para conhecer o que vem a ser a Escola de Paris, indico o breve histórico descrito por Jean-Yves Chagnon (2013).

A não solicitação de título às histórias justifica-se, de um lado, pela proposta à associação livre e, por outro, pelo fato de o título dado às histórias fazer parte de um procedimento de elaboração do discurso da categoria da Série A2 Investimento da realidade interna (A2-2 Intelectualização/Abstração), que deve ser levado em conta na análise formal das narrações, proporcionando a oportunidade de observar o Investimento da realidade interna por parte do sujeito a partir desse procedimento de elaboração do discurso (conforme Anexo apresentado no fim do capítulo).

Esse tempo é considerado como um procedimento da Série CI-1: tendência geral à restrição (importantes silêncios intranarrativos) da Folha de Cotação do TAT (Anexo). Para padronizar e distinguir a duração desse tipo de tempo, por convenção, ele deve ser registrado por um sinal de uma cruz (+) para indicar um

tempo inferior a 10 segundos, duas cruzes (++), superior a 10 segundos, ou seja, uma média de 5 segundos para cada cruz (Shentoub & Shentoub, 1958, p. 278; Brelet-Foulard, 1986, p. 160).

A intervenção do psicológico é levada em conta na cotação do protocolo, pois faz parte da análise do aspecto formal da narração, e cotada como CI-1: tendência geral à restrição, necessidade de fazer perguntas. Esse procedimento pertence à categoria da "Série C" (evitação de conflito). Ver Folha de Cotação do TAT (Anexo).

Duas publicações complementares demonstram a origem e esclarecem a evolução da Folha de Cotação do TAT (Azoulay & Emmanuelli, 2000; Azoulay, 2002).

Em língua francesa, a principal representante contemporânea do método de Bellak é a psicóloga canadense Monique Morval (1977/1982).

ANEXO 16.3.1
FOLHA DE COTAÇÃO DO TAT

SÉRIE A
Rigidez

A1 Referência à realidade externa
A1-1: Descrição com aderência aos detalhes com ou sem justificação da interpretação
A1-2: Precisões: temporal – espacial - numérica
A1-3: Referências sociais, ao senso comum e à moral
A1-4: Referências literárias, culturais

A2 Investimento da realidade interna
A2-1: Recurso ao fictício, ao sonho
A2-2: Intelectualização
A2-3: Denegação
A2-4: Acento colocado sobre os conflitos intrapessoais - Ir e vir entre a expressão pulsional e a defesa

A3 Procedimentos de tipo obsessivo
A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre diferentes interpretações, repetição de idéias
A3-2: Anulação
A3-3: Formação reativa
A3-4: Isolamento entre representações ou entre representação e afeto
– Mínima expressão de afeto

SÉRIE B
Labilidade

B1 Investimento da relação
B1-1: Acento colocado sobre as relações interpessoais, narração em dialogo
B1-2: Introdução de personagens que não figuram na imagem
B1-3: Expressões de afetos

B2 Dramatização
B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais.
– Teatralismo ; Histórias com ressaltos.
B2-2: Afetos fortes ou exagerados
B2-3: Representações e/ou afetos contrastantes - Ir e vir entre desejos contraditórios
B2-4: Representações de ações associadas ou não a estados emocionais de medo, de catástrofe, de vertigem...

B3 Procedimentos de tipo histérico
B3-1: Precipitação de afetos ao serviço do recalcamento das representações
B3-2: Erotização das relações, simbolismo transparente, detalhes narcísicos com valor de sedução
B3-3: Labilidade nas identificações

SÉRIE C
Evitação do conflito

CF Superinvestimento da realidade externa
CF-1: Acento dado sobre o cotidiano, o factual, o fazer – Referência aderida à realidade externa
CF-2: Afetos de circunstância, referências às normas exteriores

CI inibição
CI-1: Tendência geral à restrição (Tempo de latência longo e/ou importantes silêncios intranarração, necessidade de fazer perguntas, tendência à recusa, recusa)
CI-2: Conflitos não expressos, banalização, anonimato dos personagens
CI-3: Elementos ansiógenos seguidos ou precedidos de paradas no discurso

CN Investimento narcísico
CN-1: Acento dado à vivência subjetiva - Referências pessoais
CN-2: Detalhes narcísicos - Idealização da representação de si e/ou da representação do objeto (valência + ou -)
CN-3: Enquadramento - Afeto-título - Postura significativa de afetos
CN-4: Insistência sobre os limites e os contornos e sobre as qualidades sensoriais
CN-5: Relações especulares.

CL Instabilidade dos limites
CL-1: Porosidade dos limites (entre narrador/sujeito da história; entre dentro/fora ...)
CL-2: Apoio sobre o percepto e/ou o sensorial
CL-3: Heterogeneidade dos modos de funcionamento

SÉRIE E
Emergências dos processos primários

E1 Alteração da percepção
E1-1: Escotoma de objeto manifesto
E1-2: Percepção de detalhes raros ou bizarros com ou sem justificação arbitrária
E1-3: Percepções sensoriais - Falsas percepções
E1-4: Percepção de objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformados

E2 Utilização maciça da projeção
E2-1: Inadequação do tema ao estímulo – Perseveração - Fabulação fora da imagem – Simbolismo hermético
E2-2: Evocação do mau objeto, tema de perseguição, atribuição arbitrária de uma intencionalidade à imagem e/ou às fisionomias ou atitudes – Idealização de tipo megalomaníaca
E2-3: Expressão de afetos e/ou de representações maciças – Expressões cruas associadas a uma temática sexual ou agressiva

E3 Desorganização das demarcações identitárias e objetais
E3-1: Confusão das identidades – Telescopagem dos papéis
E3-2: Instabilidade dos objetos
E3-3: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica

E4 Alteração do discurso
E4-1: Distúrbios da sintaxe – Falhas verbais
E4-2: Indeterminação, a não-nitidez do discurso
E4-3: Associações curtas

	(interno/externo; perceptivo/simbólico; concreto/abstrato) CL-4: Clivagem **CM Procedimentos antidepressivos** CM-1: Acento colocado sobre a função de apoio do objeto (valência + ou -) – Apelo ao clínico CM-2: Hiperinstabilidade das identificações CM-3: Piruetas, viravoltas, piscar de olho, ironia, humor	E4-4: Associações por contiguidade, por consonância, a revelia...

Fonte: autorizada pela editora: Brelet-Foulard F., Chabert C. (Eds.). (2003/2008). *Novo Manual do TAT. Abordagem Psicanalítica*. (trad. Á. J. Lelé, 2 ed.São Paulo, Vetor. p. 83.

16.4

O TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL (CAT), DE LEOPOLD E SÓNYA BELLAK

Leila Cury Tardivo
Maria Cecilia de Vilhena Moraes

HISTÓRICO

As técnicas projetivas temáticas permitem investigar vários aspectos da estrutura e da dinâmica da personalidade infantil. A partir de histórias narradas pelo examinando a estímulos que representam situações individuais e sociais de naturezas diversas, procura-se compreender como o indivíduo se vê, como se situa no mundo, as demandas que mais o pressionam e os recursos psicológicos de que dispõe para enfrentá-las, inclusive os mecanismos de defesa que utiliza. A primeira dessas técnicas foi o Teste de Apercepção Temática (TAT), de Henry Murray, publicado originariamente em 1943, com estímulos que podiam ser agrupados em quatro conjuntos de 20 cartões, destinados a homens, mulheres, meninos ou meninas.

De acordo com Leopold Bellak e David Abrams (1997), muitos clínicos achavam que os estímulos do TAT não se adequavam ao universo infantil. Particularmente inspiradora para a criação do Teste de Apercepção Infantil (CAT, do inglês Children's Apperception Test) foi uma conversa que Bellak teve com o psicanalista e historiador da arte, Ernst Kris. Para Kris, o TAT não atendia integralmente às necessidades da prática com crianças pequenas, dado que muitas das situações apresentadas não eram relevantes em termos de conflitos do crescimento. Da mesma forma, Symonds (1948) não recomendava que a técnica temática que havia desenvolvido, o Picture-Story Test, fosse usado antes da adolescência. Dr. Kris defendia também que a identificação das crianças com animais seria muito mais imediata do que com pessoas – fato conhecido desde *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*, obra em que Freud narrou o caso do pequeno Hans e sua fobia de cavalos. Tardivo e Silva (2008, p. 149) resumem as vantagens do uso de figuras animais em técnicas temáticas para crianças:

> Vale lembrar o importante papel que os animais desempenham nas fantasias e nas angústias infantis. Os animais são considerados amigos das crianças nas histórias e na realidade, considerando o nível consciente. Porém, destaca-se o caráter primitivo dos impulsos animais, o que contribui para aumentar a proximidade com as crianças, considerando o nível inconsciente. Além disso, há a possibilidade de disfarce que as figuras de animais oferecem, sendo ainda importante considerar que os animais prestam mais à ambiguidade do estímulo, em relação à idade e ao sexo.

Após a conversa com Kris, os autores, Leopold Bellak e Sonya Bellak, dedicaram um ano à definição de algumas situações fundamentais da infância que potencialmente poderiam revelar a elaboração dinâmica dos problemas de uma criança a partir do material manifesto disponível e à criação de imagens relacionadas a situações vitais para essa faixa de idade. Uma vez definidas essas situações, os autores as levaram para Violet La Mont, conhecida ilustradora de livros infantis, para que criasse cenas com animais que remetessem a essas situações cruciais no desenvolvimento infantil. A artista não só concordou em desenhar as cenas propostas, como também acrescentou outras por iniciativa própria. Seu trabalho resultou em 18 figuras, algumas bastante antropomórficas, outras de aspecto essencialmente animal. O material foi copiado e encaminhado para vários psicólogos que trabalhavam com crianças, familiarizados com os procedimentos projetivos e sua utilização. Segundo Bellak, tinham qualificação suficiente para usar as figuras originais e enviar aos autores do CAT os protocolos coletados, com informações sobre o histórico dos examinandos e suas impressões a respeito dos estímulos produzidos. A

partir dessas informações e da própria experiência dos autores, foram eliminados oito cartões. Os 10 restantes constituem o conjunto usado até hoje.

Como relatam Bellak e Abrams (1997), durante mais de 15 anos foram feitos estudos comparando estímulos com figuras animais e com figuras humanas. Alguns desses estudos indicavam que algumas crianças tinham melhor desempenho com as figuras animais, enquanto outras produziam narrativas mais ricas com figuras humanas, e essas preferências se deviam a características pessoais distintas. Particularmente, crianças de 7 a 10 anos, de QI alto, tendiam a considerar as figuras animais um tanto infantis, abaixo do seu potencial intelectual – possivelmente como estratégia defensiva, pontuam os autores. Por outro lado, crianças que de modo geral tinham dificuldade de contar histórias tendiam a se sair melhor com as figuras animais do que com as humanas. Os autores resolveram criar, então, uma forma paralela do CAT com figuras humanas (CAT-H), considerando que ela constituiria um bom instrumento para cobrir o período de transição situado entre o público-alvo do CAT com figuras animais (CAT-A) e o público-alvo do TAT.

A adaptação das cenas do CAT original para situações com figuras humanas apresentou várias dificuldades. Como destacam Bellak e Abrams (1997), o processo de adaptação evidenciou as muitas vantagens da versão animal em termos de ambiguidade de sexo, idade e questões culturais. Entretanto, essas vantagens devem ser secundárias nas situações em que indicam a versão com figuras humanas como preferencial.

No Brasil, com a Resolução 002/2003[1] do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003), os profissionais ficaram privados do uso dessa importante técnica na clínica infantil por muitos anos, até que as versões adaptadas à população brasileira fossem aprovadas para uso e comercialização no país: a versão com figuras animais em 2010, a versão com figuras humanas em 2016.

PESQUISAS RECENTES NOS CONTEXTOS CLÍNICO E NÃO CLÍNICO REALIZADAS NO BRASIL

A retirada do CAT-A do CAT-H do mercado de instrumentos de avaliação psicológica teve alto impacto sobre a pesquisa com essas técnicas. Atualmente, com a liberação para venda e distribuição de ambas as versões, esses estudos começam a ser retomados.

Como apontam Schelini e Benczik (2010), em um levantamento de estudos realizados com o CAT, um dos procedimentos mais adotados para evidenciar a validade do instrumento é o dos grupos contrastantes. Não é de estranhar essa preferência, dada a complexidade das variáveis que se analisam a partir das histórias. Primeiro, porque os instrumentos são particularmente úteis para diagnósticos clínicos. Segundo, porque trabalhar com conjuntos de dados faz muito mais sentido do que isolar variáveis, uma vez que a interpretação, submetida ao método clínico, sempre deve considerar um leque de informações, inclusive externas ao instrumento. Graças à delimitação dos grupos por critérios externos, foi possível demonstrar a capacidade de discriminação de diferentes grupos clínicos pelo CAT. Nessa categoria incluem-se os estudos com crianças hiperativas de Benczik (2005).

Benczik (2005) investigou os aspectos psicodinâmicos envolvidos no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e a eficácia com que o CAT-A diferencia crianças com essa condição. A autora estudou uma amostra de 40 crianças do sexo masculino, com idade entre 6 e 11 anos, divididas em dois grupos: o grupo I, formado por crianças com TDAH do tipo combinado, e o grupo II, composto por crianças sem TDAH. A autora analisou a relação das respostas dadas ao CAT-A com o diagnóstico psiquiátrico do TDAH, concluindo que a técnica projetiva foi capaz de discriminar crianças com e sem o transtorno, revelando ainda que, em termos psicodinâmicos, predominaram as seguintes características nas crianças com TDAH: negação maníaca onipotente, trapaça, sentimentos derivados do instinto de morte (raiva e inveja) e tendências destrutivas. As respostas ao CAT-A foram avaliadas por três juízes e, por meio do coeficiente de Kendall W, foi constatado alto grau de concordância entre eles.

Fonseca (2005) também usou grupos contrastantes para apresentar evidências da validade do CAT-A no estudo de crianças vítimas de violência doméstica. Para verificar se o Teste da Figura Humana (DFH) e o CAT-A podem contribuir para a identificação de abuso sexual infantil, a autora aplicou os dois instrumentos em 30 crianças de ambos os sexos, com idade entre 6 e 10 anos, em dois grupos distintos: (a) um grupo clínico de 15 crianças que apresentavam histórico de violência sexual, selecionado por meio de prontuários em instituições de proteção à infância em algumas cidades do interior de São Paulo; (b) um grupo-controle, constituído por crianças de uma escola municipal de educação infantil e ensino fundamental, também do interior de São Paulo. Para analisar as respostas das crianças, a autora criou categorias direcionadas para o objetivo da pesquisa. Com base nas histórias narradas pelo grupo clínico, foi feita a seleção de indicadores que apareceram nesse grupo com mais frequência:

1. *Abuso sexual*. Foi considerado todas as vezes em que as histórias apresentaram situações explícitas de abuso.
2. *Medo*. Foi considerado todas as vezes em que as crianças manifestaram medo ou verbalizaram a palavra “medo”.

3. *Ameaça do meio*. Considerado quando as crianças expressavam situações de ameaça e desamparo por parte de figuras que podiam retratar os genitores.
4. *Desequilíbrio*. Foi considerado todas as vezes em que as crianças narraram histórias que remetiam a desequilíbrio físico, com tombo ou queda.
5. *Médico*. Quando as crianças mencionaram a presença de médico em suas histórias.

A análise do grupo-controle procurou identificar a presença ou ausência dos indicadores selecionados nas histórias das crianças desse grupo.

A análise dos dados do CAT apontou que as crianças do grupo clínico apresentaram até seis indicadores, enquanto as crianças do grupo-controle apresentaram até três. No grupo clínico, somente uma criança (6,6%) apresentou apenas um indicador. No grupo-controle, 40% dos participantes apresentaram um indicador. A autora concluiu que o CAT-A discriminou o grupo clínico do grupo-controle e detectou situações de abuso sexual no grupo com histórico de vitimização. No mesmo estudo, Fonseca buscou evidências de validade do CAT-A correlacionando seus resultados aos do Desenho da Figura Humana (DFH). Concluiu que não era possível afirmar a existência de evidência de validade de critério entre os dois instrumentos (CAT-A e DFH), porque o coeficiente de correlação entre os indicadores emocionais do DFH e os indicadores do CAT-A foi de -0,26. Esse resultado pode ser decorrente do tamanho reduzido da amostra (N = 15 em cada grupo).

Antony e Ribeiro (2004) analisaram o funcionamento psicológico de crianças hiperativas. Seu estudo contou com 20 participantes: cinco casais, cinco professoras e cinco crianças entre 8 e 11 anos, com diagnóstico de TDAH. Foram utilizados a entrevista aberta e o CAT-A. As histórias narradas pelas crianças no CAT-A mostraram intensos sentimentos de inadequação, incompreensão e rejeição. Elas percebiam o ambiente como punitivo e intolerante, ao mesmo tempo em que se consideravam merecedoras de punição, e reagiam às constantes críticas em uma tentativa de recusar o juízo depreciativo alheio. Segundo os autores,

> (...) a hiperatividade, enquanto conduta desorganizada, representa assim a projeção de introjetos negativos oriundos do meio do qual tem que se defender. A criança vive um conflito interno entre os "não deverias" e aquilo que é originalmente seu modo de ser e agir, como se não pudesse aceitar os próprios sentimentos, pensamentos e ações. Por conseguinte, a criança cria um senso de *self* negativo oriundo de uma confusa imagem corporal. A hiperatividade ainda pode expressar uma forma de recusar o pensar as ações desamorosas e intolerantes vindas do ambiente, representando um estado permanente de tensão e ansiedade vivido pela criança. (Antony & Ribeiro, 2004, p. 133)

Graças à compreensão do funcionamento psicológico das crianças participantes, os autores puderam oferecer um leque de propostas psicopedagógicas para promover seu desempenho escolar.

Miori, Hosogiri e Moraes (2015) investigaram a adequação do esquema de análise proposto por Tardivo (1998) para a discriminação de configurações clínicas desviantes a partir da qualidade das relações de objeto, conforme avaliadas pelo CAT-A. A amostra investigada consistiu em dois grupos. O grupo I (clínico) foi formado por 14 crianças com queixas clínicas diversas (abuso sexual, hiperatividade, dificuldades de desempenho escolar, agressividade, rivalidade fraterna e reatividade a separação dos pais), contou com sete crianças do sexo

masculino e sete do sexo feminino, com idades entre 5 e 10 anos (média = 7,5; desvio padrão = 1,28). O grupo II (grupo-controle) foi composto por 20 crianças sem queixas, 10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino, com idades entre 5 e 10 anos (média = 7,15; desvio padrão = 1,72). Das 105 variáveis avaliadas por duas pesquisadoras, 35 apresentaram frequência 0, não sendo, por isso, submetidas ao estudo de concordância. Outras três categorias apresentaram índice de concordância bastante satisfatório, na faixa de 0,83 a 0,87; três categorias atingiram 0,78 de concordância. Apenas duas categorias atingiram correlação inferior a 0,70, porém, bastante próxima a esse valor (0,68). Tais índices demonstram que o esquema de análise proposto por Tardivo (1998) pode ser considerado fidedigno quanto à concordância entre avaliadores. Observou-se que o esquema interpretativo adotado identificou aspectos associados a relações objetais saudáveis no grupo-controle e a comprometimento, em algum nível, das relações objetais estabelecidas por crianças do grupo clínico. A Tabela 16.4.1 apresenta diferenças significativas encontradas nas várias categorias analisadas.

TABELA 16.4.1

Variáveis que apresentaram diferenças significativas

Categoria de resposta	Cartão
Gratificação (mãe supridora, provedora)	1
Reação diante de situação triangular: impossibilidade de lidar (fuga do estímulo)	5
Relação dual	6
Reação diante do ataque: boa organização de defesas	7
Enfoque na atitude do tigre: percebido como hostil, perseguidor	7
Relação com o meio familiar e com adultos: sentir-se incluído, bem aceito	8
Outras	8
Reação diante do isolamento: medo de outros animais ou homens	9
Presença de objeto que contenha os impulsos (objeto como figura paterna)	10

Os dados apresentados indicam que as crianças do grupo clínico não receberam uma provisão ambiental adequada. Embora não possa ser precisado o período em que ocorreu a falha ambiental, para essas crianças ela implicou perda de confiança no ambiente; elas percebem as ameaças de modo bem mais intenso do que as crianças do grupo-controle e se sentem mais vulneráveis a elas. Observa-se assim que o esquema de análise identificou, no grupo-controle, crianças que expressam possibilidade de gratificação pela figura materna, reconhecimento da situação triangular edípica e sentimento de inclusão no meio familiar. Por outro lado, o grupo clínico demonstrou menor interação com as figuras parentais, falta de confiança no ambiente e vivência de relação dual, demonstrando pouco amadurecimento e entraves no processo de desenvolvimento. Esses dados são compatíveis com os de outros estudos feitos com o CAT no Brasil (Miguel, Tardivo, Silva, & Tosi, 2010). Observou-se ainda que os cartões 2, 3 e 4 não discriminaram os dois grupos em termos das relações objetais. No contexto desse estudo, mostraram-se, portanto, menos sensíveis à qualidade das relações objetais conforme avaliadas pelo esquema proposto por Tardivo (1998). Apesar da amostra reduzida, o esquema interpretativo adotado identificou aspectos associados a relações objetais saudáveis no grupo-controle e a comprometimento, em algum nível, das relações objetais estabelecidas por crianças que apresentavam dificuldades de ajustamento.

Outro estudo que envolveu a comparação com outros instrumentos foi realizado por Silva e Villemor-Amaral (2006). As autoras compararam indicadores de autoestima no CAT-A e no HTP com os obtidos por meio da Escala Multidimensional de Autoestima (EMAE, Forma-A), de Gobitta e Guzzo (2004). A escala contém 56 itens, que devem ser pontuados pela criança por meio de cinco "carinhas" que indicam, pela avaliação da criança, o quanto cada afirmação se aplica a ela ("Não tem nada a ver comigo"; "Tem um pouco a ver comigo"; "Tem mais ou menos a ver comigo"; "Tem a ver comigo"; "Tem muitíssimo a ver comigo"). Participaram do estudo 32 crianças de ambos os sexos, com idades entre 7 e 10 anos, escolaridade de 2ª a 4ª séries do ensino fundamental de uma escola da rede pública do interior do estado de São Paulo. As histórias narradas ao CAT-A foram analisadas de acordo com 14 indicadores de autoestima: sete relacionados à autoestima elevada, e sete, à rebaixada. Observou-se correlação positiva e moderada (r = 0, 575) entre CAT-A e HTP e correlação positiva e baixa (r = 0, 381) entre CAT-A e EMAE. Não foi observada correlação significativa entre HTP e EMAE. Esses resultados -sustentam as conclusões de Epstein e Morling (1995), para quem as técnicas projetivas avaliam a autoestima implícita (inconsciente e passível de avaliação indireta), ao passo que os testes de autorrelato avaliam a autoestima explícita (consciente e passível de avaliação direta). Entre os avaliadores, foi constatada concordância significativa em todos os indicadores relacionados a autoestima elevada. Quanto aos indicadores para verificar autoestima rebaixada, os resultados demonstram que houve concordância significativa entre os avaliadores em cinco itens. As correlações mais altas foram encontradas em dois indicadores: ANTH (autopercepção negativa na trama da história, incapaz de solucionar os problemas) e DHN (desfecho da história negativo), ambos com correlações de 0,696. Foi observada correlação positiva moderada nos indicadores: defesas que demonstram inadequação e insegurança para lidar com estímulos internos e externos (r = 0,444); concepção do ambiente e figuras – relações inseguras inadequadas, sem apoio, figuras desvalorizadas (r = 0,527); e introdução de objetos e figuras que sugerem insegurança, rejeição (r = 0,569). Concluiu-se que a concordância na avaliação de indicadores de autoestima no CAT foi satisfatória.

Em uma pesquisa clínica, Carotenuto (2000) comparou o conteúdo projetado nas histórias narradas ao CAT-A ao conteúdo latente de alguns pesadelos infantis, trazendo contribuições para a validade clínica do instrumento. Descreveu os pesadelos de uma menina e comparou-os às análises das histórias do CAT obtidas no contexto do psicodiagnóstico da criança. O estudo indicou que os conteúdos expressos nos pesadelos e nas histórias do CAT estão relacionados diretamente a acontecimentos da vida da criança.

A partir dos estudos relatados, fica evidente a utilidade do CAT para a compreensão do funcionamento psicológico de crianças com diferentes questões clínicas e seu valor para fundamentar tomadas de decisão quanto a medidas que possam promover a saúde e o desenvolvimento psicológico de crianças em risco. Apesar das dificuldades impostas pela natureza essencialmente qualitativa desse procedimento clínico, há evidências suficientes da utilidade dessa valiosa ferramenta do psicólogo que trabalha na área infantil, não só para o diagnóstico em si como para a compreensão do impacto psicológico das vicissitudes da vida sobre o desenvolvimento psicológico das crianças.

DESCRIÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E APLICAÇÕES

O CAT, nas palavras de seus autores, "um método aperceptivo de investigação da personalidade, por meio do estudo da significância dinâmica das diferenças individuais na percepção de estímulos padronizados".

Material

O material para a aplicação são 10 cartões em tons de cinza sobre fundo claro, nos quais são representadas cenas com a presença de personagens animais, no CAT-A, ou humanos, no CAT-H. Os cartões são apresentados um por vez à criança, que deverá narrar uma história a partir da cena apresentada. Segue uma descrição sucinta de cada cartão, na versão animal. Na versão humana, os animais são substituídos por pessoas.

Cartão 1

Três pintinhos (ou crianças) estão sentados em volta de uma mesa, sobre a qual está uma tigela grande de comida. Mais para o canto pode ser vista a imagem difusa de uma galinha (ou figura humana) grande.

Cartão 2

Um urso (ou figura humana) puxa uma corda em uma ponta, enquanto outro urso e um ursinho (ou figuras humanas) puxam na outra ponta.

Cartão 3

Um leão (ou homem adulto) com um cachimbo e uma bengala, sentado em uma cadeira; no canto inferior direito, um ratinho aparece em um buraco (ou uma criança pequena sentada no chão).

Cartão 4

Um canguru (ou uma mulher), usando um chapéu, leva uma cesta com uma garrafa de leite; em sua bolsa há um bebê canguru segurando um balão (ou nos braços da mulher, uma criança pequena segura um balão); em uma bicicleta, está uma criança canguru (ou humana) um pouco maior.

Cartão 5

Um quarto escuro, com uma cama grande ao fundo; no primeiro plano, pode-se ver um berço com dois ursinhos (ou duas crianças pequenas).

Cartão 6

Uma caverna escura com o contorno de dois ursos (ou duas pessoas|) ao fundo; no primeiro plano, pode-se ver um ursinho (ou uma criança) deitado.

Cartão 7

Um tigre (ou um monstro) com presas e garras expostas, saltando sobre um macaco (ou uma criança), que, por sua vez, pula no ar (tenta fugir).

Cartão 8

Dois macacos adultos (ou duas pessoas) estão sentados em um sofá, tomando chá. Um macaco adulto (ou uma mulher), no primeiro plano, sentado em um pufe, está falando com um macaco pequeno (ou uma criança).

Cartão 9

Um quarto escuro é visto por uma porta aberta de um ambiente iluminado. No quarto há uma cama, na qual há um coelho (ou uma criança) que olha para a porta.

Cartão 10

Um cachorrinho (ou uma criança) está deitado no colo de um cachorro (ou um adulto), que está sentado; as duas figuras têm expressão neutra e estão em um banheiro.

Administração

Para uma administração bem-sucedida, é necessário ter estabelecido um bom *rapport* com o examinando. Isso costuma ser mais difícil com crianças menores ou menos adaptadas. Ocampo (1981) sugere que, em uma situação de psicodiagnóstico, se inicie o exame psicológico com técnicas menos estruturadas, como as técnicas gráficas ou a observação lúdica. O CAT pode ser aplicado mais adiante no processo, quando a criança estiver familiarizada com o aplicador. É altamente recomendável explicar para a criança que não há histórias certas ou erradas e que o mais importante é ela inventar uma história para cada figura.

A instrução recomendada por Bellak e Abrams para a administração do CAT é:

> Este é um jogo de histórias. São dez figuras ao todo. Eu vou mostrar uma figura por vez, e você deve tentar criar uma história de faz de conta para ela. Diga o que está acontecendo na figura, o que vai acontecer depois e como termina a história. Ou você pode dizer o que acha que aconteceu antes, em seguida, o que está acontecendo na figura e depois qual é o fim da história. O que interessa é você inventar uma história com começo, meio e fim, da sua própria imaginação. Muito bem, esta é a primeira figura.

A instrução pode ser retomada sempre que necessário, de forma sucinta, e adaptada de acordo com a idade e os recursos da criança. É importante que o psicólogo mantenha uma atitude de interesse mediante o que a criança narra. Frequentemente é preciso encorajá-la a narrar histórias, mas é preciso ter cuidado para não induzir sua resposta ao incentivá-la. Diante de um examinando que apenas descreva a figura ou pareça ter dificuldade em inventar uma sequência de ações, pode-se perguntar, por exemplo: "O que aconteceu antes disso?" ou "O que aconteceu depois disso?". É importante assegurar-se de que a criança entenda o que seja "inventar uma história". Em casos extremos, pode-se usar o Cartão 1 para explicar o que é uma história e descartá-lo da interpretação.

Os cartões devem ser apresentados um por vez, na sequência determinada pela numeração impressa em cada um, enquanto os demais permanecem ocultos. Isso assegura que a criança mantenha a atenção na figura apresentada. Caso a criança não tenha fornecido uma história completa, pode-se fazer um inquérito após cada narrativa, enquanto a criança ainda tem o cartão à vista. Deve-se tomar cuidado para não induzir a resposta da criança, evitando perguntas que possam ser respondidas com sim ou não. Por exemplo, pode-se perguntar: "Como termina essa história?", e não "Ele vai conseguir o que quer?". Pode-se usar um número menor de cartões

caso se tenha interesse em áreas específicas, como rivalidade fraterna. Porém, o desejável é apresentar o conjunto completo de cartões, em uma única sessão, na ordem indicada.

Todos os comentários e comportamentos da criança observados durante a aplicação devem ser anotados e usados como informação auxiliar para a interpretação da história específica em que ocorreram. De modo geral, devem ser observadas a atividade física, os gestos, as expressões faciais e as posturas que acompanham as respostas. Exemplos específicos são o modo como a criança segura o cartão, olhando-o com atenção ou mantendo-o longe de si, o modo como o devolve para o aplicador (com cuidado ou quase com raiva).

Análise

O CAT é um descendente direto do TAT, de Henry Murray, criado para ajudar a compreender como a criança se relaciona com figuras e impulsos importantes. As figuras foram elaboradas de modo a mobilizar questões relevantes do universo infantil e dos desafios do crescimento, como problemas orais, rivalidade fraterna, atitude em relação às figuras parentais e como elas são percebidas, a relação da criança com os pais como casal (em termos técnicos, o complexo edípico e seu ápice na cena primária). Favorece também a expressão de fantasias da criança relacionadas à agressividade (contra si e contra os outros), aceitação pelo mundo adulto, temor de ficar sozinha à noite com possíveis relações com a masturbação, o comportamento no banheiro e o modo como os pais lidam e respondem a essas situações. Tem-se como objetivo conhecer a estrutura, as defesas e o modo dinâmico da criança de reagir e enfrentar os problemas do crescimento.

Essa técnica, como o TAT, volta-se principalmente para o conteúdo das respostas (Bellak, 1944, 1949). A análise do comportamento aperceptivo costuma considerar *o que* a pessoa vê e sente, ao contrário do exame do comportamento expressivo, que privilegia *o modo* como a pessoa vê e sente. É uma excelente ferramenta para se compreender a dinâmica das relações interpessoais e da constelação de impulsos e a natureza das defesas adotadas contra isso.

Aplicações

O CAT é muito útil, no contexto clínico, para determinar quais fatores dinâmicos podem estar relacionados ao comportamento da criança em um grupo, na escola ou em casa. Também pode ser usado diretamente em psicoterapia como técnica lúdica. Após a produção das respostas originais, pode-se dramatizá-las com a criança e proceder às interpretações apropriadas. Também é especialmente útil em estudos longitudinais sobre desenvolvimento infantil, podendo revelar muito sobre as consequências, em termos de desenvolvimento, de vários problemas psicológicos que até agora foram estudados somente em investigações psicanalíticas ou estudos transversais. Tanto para pesquisas quanto para a prática clínica é interessante que os estímulos do CAT sejam relativamente isentos de interferências culturais, o que é particularmente favorecido com as figuras animais.

Kitron e Benziman (1990) defenderam o uso do CAT com adultos, como complemento do TAT, caso suas histórias ao TAT se mostrem muito contidas e limitadas. Sarah Moon Howe (2015) produziu um documentário em que usa os cartões do CAT para investigar como mães compreendem a vida com um filho autista. O título do filme, *The Kangaroo Complex*, foi inspirado pelo Cartão 4. Bossé (2015) propõe uma abordagem ao CAT que prioriza o uso do

instrumento como técnica lúdica, com foco no suporte identitário, ou seja, a figura que representa o sujeito em sua alegoria. A partir das ações, situações ou intenções dessa figura, é inferido o nível do funcionamento afetivo da criança: edipiano; anaclítico de nível alto (fálico); anaclítico de nível médio; anaclítico de nível baixo; fronteiriço.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

As pesquisas que possibilitaram a aprovação do CAT em ambas as versões pelo CFP incluíram estudos de evidência de validade de critério (grupos contrastantes) e de validade relacionada a outras variáveis (comparação com outros instrumentos). Nesses estudos, as histórias narradas pelas crianças foram pontuadas de acordo com uma adaptação do esquema de interpretação de técnicas temáticas proposto por Bellak (Bellak & Abrams, 1997), que permitiu o tratamento quantitativo dos dados obtidos. Foram avaliadas nove dimensões, atribuindo-se 1 ponto positivo, no caso de serem positivas e promoverem a adaptação, ou 1 ponto negativo, caso se mostrassem negativas e prejudiciais à adaptação: Autoimagem, Relações Objetais, Concepção do Ambiente, Necessidades e conflitos, Ansiedades, Defesas, Superego e Integração do Ego. Uma décima dimensão, Total, indicava o total de pontos positivos e o total de pontos negativos obtidos pelas crianças individualmente. Em caso de insuficiência de dados para pontuar a dimensão, atribuiu-se o valor 0.

Para investigar a validade do CAT-A, foram realizados dois estudos de evidência de validade de critério com grupos contrastantes envolvendo 125 crianças e dois estudos de evidência de validade relacionada a outras variáveis com 142 crianças, todos na cidade de São Paulo. A concordância entre três avaliadores foi avaliada e mostrou correlação acima de 0,70 na maioria das variáveis analisadas. Nenhuma ocorrência abaixo de 0,60 foi observada. Esses resultados demonstram que, apesar da complexidade da interpretação das respostas ao instrumento, há concordância suficiente entre profissionais treinados quanto aos parâmetros adotados.

Os estudos de evidência de validade de critério realizados mostraram que o CAT-A diferenciou crianças que apresentavam distúrbio de conduta daquelas que não apresentavam e crianças vítimas de violência doméstica das que não sofreram essas agressões. Em ambos os grupos clínicos puderam ser identificadas dificuldades significativas no funcionamento global da personalidade e em todas as variáveis consideradas, exceto as relacionadas a aspectos negativos da autoimagem e das relações objetais, dados que podem se dever a manobras defensivas. Por outro lado, os aspectos positivos de todas as variáveis consideradas discriminaram os dois grupos clínicos dos respectivos grupos controle, ampliando a compreensão desses quadros e de seu impacto na visão de si e do mundo das crianças afetadas e de seu funcionamento global. A análise qualitativa das respostas e dos mecanismos que essas crianças adotavam para lidar com suas dificuldades evidenciou a concordância dos dados obtidos por meio do CAT-A com a literatura da área.

Foram realizados também dois estudos buscando evidências de validade relacionada a outras variáveis convergentes. Os dados obtidos com o CAT-A foram comparados com as respostas dadas a 10 cartões do TAT, de Henry Murray (crianças de 8 a 10 anos, N = 32), ou com o Teste das Fábulas (crianças de 5 a 7 anos, N = 30), aplicados em ordem contrabalançada.

Foi possível observar que o CAT-A e o Teste das Fábulas convergem quanto ao diagnóstico do funcionamento insatisfatório da personalidade da criança e também quanto à concepção – positiva ou negativa – que a criança tem do ambiente em que se insere. Esses elementos permitem afirmar a utilidade do CAT-A para o diagnóstico de dificuldades globais e confirmam o papel do ambiente na presença ou ausência de recursos suficientes para que a criança lide com as dificuldades específicas ou próprias da infância que vivencia, conforme propõe a literatura.

Houve concordância entre TAT e CAT-A quanto a aspectos relativamente estáveis, como autoimagem (positiva ou negativa) e adequação (ou não) das defesas. Outros aspectos relacionados a superego adequado e concepção positiva do ambiente também se mostraram convergentes.

A pesquisa para adaptação e padronização do CAT-H para uso no Brasil foi realizada na cidade de São Paulo. No estudo de evidência de validade de critério, o CAT-H foi aplicado a dois grupos, um clínico, composto de crianças com histórico comprovado de violência doméstica, e um grupo-controle, com crianças sem histórico de vitimização. Foi investigado se as dimensões analisadas diferenciavam os dois grupos.

As análises realizadas mostraram que as médias das pontuações se diferenciaram em todas as categorias do CAT-H avaliadas no estudo, tanto nas pontuações positivas – mais altas no grupo-controle – quanto nas pontuações negativas – mais altas no grupo clínico. Os resultados desse estudo mostraram o efeito devastador da violência doméstica nos mais variados aspectos psicológicos das crianças vitimizadas, afetando sua autoimagem, suas relações interpessoais e sua concepção de mundo e os recursos psicológicos de maneira geral. O estudo mostrou como as histórias narradas ao CAT-H revelaram esses efeitos de maneira contundente e que o CAT-H diferenciou as crianças que sofreram violência doméstica das que não sofreram violência, o que constitui forte evidência de validade de critério dessa técnica.

A avaliação da convergência do CAT-H e do TAT e o estudo de concordância entre avaliadores foram feitos em uma amostra de 60 crianças distribuídas igualmente em relação ao gênero com idades entre 7 e 12 anos (M = 9,5 anos; DP = 1,72). A escolaridade abrangeu do 1º até o 6º ano do ensino fundamental, de escolas públicas e particulares da cidade de São Paulo. As histórias narradas a cada um dos instrumentos foram pontuadas de acordo com os critérios descritos anteriormente. Foi calculada a correlação linear de Pearson das dimensões individuais, dos totais positivos e dos totais negativos, nos dois instrumentos aplicados.

Foi observada concordância entre TAT e CAT-H quanto a autoimagem negativa e ansiedades que não promovem o crescimento, assim como para defesas de caráter adaptativo. Também se mostraram convergentes as variáveis associadas a relações objetais, concepções do ambiente, superego, integração de ego e total, tanto nas pontuações positivas quanto nas negativas.

A comparação entre CAT-H e TAT indicou convergência quanto às variáveis mais complexas e globais associadas ao conjunto de recursos psicológicos da criança, mostrando que ambos os instrumentos convergiram quanto a concepção positiva do ambiente, incorporação de valores que promovem a adaptação e potencial para o enfrentamento efetivo das demandas do crescimento e da vida e o uso de defesas adaptativas. Ficou evidenciada a validade relacionada a outras variáveis do CAT-H com o TAT quanto à avaliação de aspectos relativamente estáveis do funcionamento da personalidade infantil, o que atestou seu valor como subsídio para o encaminhamento adequado para as dificuldades da criança. Apesar das dificuldades inerentes à validação das técnicas projetivas temáticas (singularidade das percepções dos estímulos e das configurações dos aspectos analisados), esse estudo de validade confirma o valor do CAT-H para o diagnóstico do funcionamento global da criança e para a identificação de recursos psicológicos suficientes, ou não, para lidar com os conflitos que vivenciam.

Quanto à fidedignidade, as correlações entre os três juízes, em todas as variáveis do quadro "CAT: Análise de conteúdo" para as pontuações positivas foram altas (Sisto, 2007) e significantes ($\alpha < 0{,}01$). A menor correlação foi de 0,702, e a maior, 0,948. Das 27 correlações calculadas, cinco foram altas (18,5%) e 22 muito altas (81,5%). No CAT-H, todas as dimensões

avaliadas foram altas ou muito altas (Sisto, 2007) e significantes ($\alpha < 0{,}01$). A menor correlação foi de 0,757, e a maior, 0,959. Das 27 correlações calculadas, seis foram altas (22,2%) e 21, muito altas (77,8%).

Em síntese, os estudos de validade de critério, fundamentais para instrumentos que visam ao diagnóstico e que, em última instância, são os mais importantes para indicar a utilidade do CAT para a prática clínica efetiva, apresentaram resultados contundentes. Realizados com grupos-controle e grupos clínicos, mostraram a utilidade do CAT-A e do CAT-H em discriminar diferenças entre os grupos. Em todos os estudos, ficou clara a importância das variáveis mais complexas do esquema de análise do conteúdo adotado para a identificação das dificuldades da criança. Em todos os grupos clínicos, foram observadas dificuldades nas variáveis complexas referentes a ansiedades, defesas, integração de ego, superego e total, mostrando ser o CAT um instrumento útil para identificar dificuldades gerais de funcionamento das crianças vítimas de violência doméstica ou que apresentem transtorno da conduta. A análise qualitativa das respostas produzidas pelos grupos clínicos contribuiu para a compreensão dos dinamismos subjacentes a essas problemáticas e mostraram-se coerentes com a literatura.

Os estudos de validade de critério evidenciaram a contribuição que as pesquisas com técnicas projetivas temáticas podem oferecer para a compreensão desses dinamismos e a necessidade de diagnósticos compreensivos, no contexto da clínica, como defendido por Walter Trinca (1984), para a apreciação efetiva da complexidade inerente ao funcionamento psicológico das pessoas. Os efeitos devastadores sobre crianças vítimas de violência doméstica e, no caso das crianças com transtorno da conduta, a possibilidade de evoluções muito sérias do ponto de vista do desenvolvimento e da saúde mental do jovem e do adulto apontam para a extrema necessidade do diagnóstico precoce desses problemas, para além dos sinais e sintomas. É fundamental compreender a vivência e os sentimentos das crianças, assim como os recursos psicológicos que podem vir a protegê-la dos efeitos devastadores de condições nefastas, como nos casos de negligência ou vitimização, por exemplo. Os estudos de validação das duas versões do CAT comprovam sua utilidade para esse fim. Acrescente-se, ainda, que a compreensão da dinâmica da criança, possibilitada pela análise qualitativa das respostas, é essencial para indicar as medidas terapêuticas recomendadas.

Os estudos de validade realizados com a população brasileira indicam a existência de evidências de validade relacionada a outras variáveis entre o CAT-A e CAT-H com o TAT e CAT-A com o Teste das Fábulas para as variáveis do esquema de análise adotado. Deve-se destacar que, no estudo da convergência de técnicas projetivas temáticas, é fundamental respeitar a natureza desses instrumentos e o objetivo a que se propõem: o diagnóstico do funcionamento global da personalidade da criança.

Assim sendo, é importante ter em mente que a singularidade de cada examinando só poderá ser apreendida por meio de uma abordagem holística aos dados coletados. Somente dessa forma é possível chegar a um diagnóstico efetivo na prática clínica. Isso implica que nenhum dado isolado tenha relevância absoluta. A maior convergência foi observada nas variáveis mais complexas do esquema de análise do conteúdo, que levam em conta a totalidade da produção em cada cartão – Integração de ego e Total –, o que está em conformidade com a visão holística inerente a tais técnicas, à teoria que lhes é subjacente e ao seu objetivo de avaliar os recursos psicológicos e o funcionamento global da personalidade da criança.

As histórias mais ricas de conteúdo produzidas pelo grupo mais velho (8 a 10 anos) do estudo do CAT-A e pelas crianças ainda mais velhas do estudo com o CAT-H possibilitaram uma

análise mais aprimorada das diversas variáveis abordadas. A comparação entre CAT e TAT, instrumentos mais semelhantes entre si, embora destinados a públicos distintos (crianças e adultos, respectivamente), indicou convergência quanto às variáveis mais complexas e globais relacionadas ao conjunto de recursos psicológicos da criança, mostrando que ambos os instrumentos revelam concepção positiva do ambiente, incorporação de valores que promovem a adaptação e potencial para o enfrentamento efetivo das demandas do crescimento e da vida. De modo coerente, houve convergência quanto à autoimagem negativa e defesas insuficientes para dar conta das ansiedades mobilizadas pelos estímulos das duas técnicas, com o consequente comprometimento dos recursos de enfrentamento e indicação de diagnóstico desfavorável.

Pode-se concluir que os estudos de validade relacionada a outras variáveis realizados mostraram evidências de que o CAT apresenta correlações satisfatórias ao avaliar aspectos complexos do funcionamento psíquico quando comparado a outras técnicas temáticas, como o Teste das Fábulas e o TAT. Sobre o primeiro, apresenta ainda a vantagem de proporcionar maior liberdade para a criação e o desenvolvimento das narrativas, sendo, portanto, preferível em situações nas quais se procura obter uma visão mais abrangente de diferentes aspectos psicológicos da criança, em oposição a situações nas quais o objetivo é a investigação de aspectos psicológicos relacionados a situações específicas de abandono, tomada de decisão e outros previstos pelo Teste das Fábulas. Em relação ao TAT, apresenta a vantagem de oferecer elementos suficientes para a elaboração das histórias, com temáticas e interações mais próximas ao universo infantil, a partir de situações menos ameaçadoras. Entretanto, é preciso enfatizar, fica evidente que, como afirma Teglasi (2001), histórias narradas por crianças a partir de figuras humanas ou de figuras animais são igualmente significativas. Nos três instrumentos utilizados, foi possível identificar as necessidades mais relevantes das crianças e seus padrões habituais de reação diante dos conflitos e das ansiedades que vivenciam.

Quanto à fidedignidade, foram obtidos altos graus de concordância entre os avaliadores nas duas versões do CAT. É importante destacar que é necessário conhecimento das teorias psicodinâmicas e treinamento com escalas de pontuação específicas para assegurar índices de concordância satisfatórios.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O CAT

O CAT, como técnica idiográfica de investigação da personalidade, tem sua principal aplicação no contexto clínico. É na busca da compreensão do modo como a criança se percebe, como vê o mundo e como diante dele se posiciona, das dificuldades e dos recursos para enfrentá-las, além de questões próprias do desenvolvimento psicológico, é que está a força dessa técnica, em suas duas versões. Trata-se de instrumento voltado para a dinâmica individual que, em mãos hábeis, dará fundamentação aos encaminhamentos necessários para promover a saúde e o bem-estar da criança. O esquema de avaliação proposto nos estudos que levaram à aprovação do CAT-A e do CAT-H pelo CFP possibilita a utilização desses instrumentos em contextos de pesquisa, promovendo uma compreensão mais profunda das peculiaridades do funcionamento psicológico de grupos clínicos específicos. Esse conhecimento será fundamental para a elaboração de medidas de prevenção e intervenção em diferentes contextos, para além do que se considera como “clínico” no seu mais estrito sentido.

Como ocorre com qualquer procedimento de investigação psicológica, as técnicas temáticas devem ser usadas de acordo com seus objetivos e com conhecimento de seus pontos fortes e de suas limitações. Segundo Teglasi (2001), todas as técnicas de apercepção temática têm como fundamento a hipótese projetiva: usam figuras para eliciar as histórias e exigem profissionais treinados para interpretá-las. Segundo a autora, uma grande vantagem das narrativas é sua capacidade de ir além do conteúdo das cognições, para revelar processos de pensamento, raciocínio e desenvolvimento de ideias. A contribuição dessas técnicas para o diagnóstico compreensivo é singular. No entanto, sua versatilidade e riqueza, que constituem suas grandes qualidades, são também motivo de críticas e questionamentos, a partir de uma visão que adota a perspectiva psicométrica como critério de verdade. De acordo com a autora, a redução dos ricos e dos complexos dados das histórias a unidades simples avaliadas em termos normativos e psicométricos pode minar justamente o que há de mais valioso nesses métodos. Nas técnicas projetivas, cujo caráter é exploratório e de natureza basicamente qualitativa, os números são apenas pistas: eles nem são nem traduzem realidades em si. Levy (1980) declara que as tentativas de avaliação da validade e da fidedignidade desses instrumentos são, sem dúvida, bem-vindas. Entretanto, é necessário que as técnicas utilizadas sejam adequadas “à matéria” de que se trata: “de outra forma, o índice de validade pode se referir não àquilo que está sendo investigado, mas, ao contrário, à ingenuidade ou à superficialidade da técnica de validação” (Levy, 1980, p. 64).

Como já afirmado anteriormente, o CAT deve estar submetido ao método clínico, ou seja, a qualidade das conclusões a que se chega depende essencialmente da habilidade do clínico de articular os diferentes dados obtidos de fontes diversas. As inferências psicológicas sobre cada indivíduo devem ser fundamentadas a cada passo, mediante confirmações independentes (Tavares, 2003). Mais do que os atributos do instrumento em si, o fator decisivo é a formação do profissional que o utiliza. As conclusões sobre um determinado indivíduo que não levam em conta o contexto da aplicação e as fontes de informação diversas que contribuam para a fundamentação das hipóteses levantadas a partir das histórias narradas podem resultar em tomadas de decisão infundadas ou arbitrárias (Silva, 2010).

Nos procedimentos de avaliação tradicionais, as variáveis costumam ser isoladas, como ocorre, por exemplo, nos estudos de traços ou aptidões; isso é impossível no caso das técnicas projetivas, nas quais o produto final é resultado de inúmeras variáveis: percepção, processamento

de informações, memória, recursos intelectuais, tônus muscular, só para citar algumas, e, obviamente, a própria história do indivíduo. Também de grande importância é o contexto em que as técnicas projetivas são aplicadas. É fundamental um *setting* que possibilite a relação direta psicólogo-examinando e que favoreça a disposição do indivíduo a se dar a conhecer. O indivíduo não é uma abstração ou um "posto" em uma sequência numérica. É um indivíduo real, que opera na vida real (Silva, 2010). É assim que o CAT nos permite observá-lo.

A natureza idiográfica das técnicas projetivas e a interpretação de variáveis inter-relacionadas que só têm sentido na configuração própria de cada caso tornam esses instrumentos pouco adequados para estudos de validação estritamente psicométricos, simplistas e reducionistas. Esperar uma validade universal e abstrata dessas técnicas, desvinculada do contexto particular em que elas são usadas (o que inclui o examinando, o examinador, o objetivo da aplicação, etc.) significa desconhecer o que lhes é mais característico; para além de significados específicos, a validade das conclusões dependerá, basicamente, da habilidade, do treinamento e da amplitude de conhecimentos do clínico que as elabora (Silva, 2010). Como destaca Teglasi (2001), os testes padronizados estruturados são bons para a previsão de desempenho acadêmico e profissional, mas as funções que avaliam não correspondem bem aos esforços intelectuais despendidos no dia a dia.

Para aproximar-se da vida real do indivíduo, das pressões que ela lhe impõe e dos recursos que ele tem para enfrentá-las, as histórias narradas às técnicas temáticas devem ser avaliadas qualitativamente, considerando o máximo possível de informações, inclusive de outras fontes. Nesse sentido, trata-se mais de uma pesquisa qualitativa a partir da resposta do indivíduo a estímulos ambíguos, ou seja, que deem margem a diferentes interpretações, do que um "teste" no sentido estrito do termo. Não se está testando ou medindo nada: está se investigando. E, nesse processo, está se construindo conhecimento. A produção do indivíduo pode apresentar "sinais" de determinados conflitos ou patologias. No entanto, para identificá-los e interpretá-los adequadamente, é necessário que o clínico tenha profundo conhecimento dos processos psicológicos por eles indicados (Anzieu, 1976; Schachtel 1966). Não se trata, portanto, de simplesmente chancelar o instrumento como válido. É preciso, mais do que qualquer coisa, assegurar a boa formação do profissional que o utiliza. É esse o principal requisito para o uso adequado do CAT, em ambas as versões.

REFERÊNCIAS

Antony, S., & Ribeiro, S.P. (2004). A criança hiperativa: Uma visão da abordagem gestáltica. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, *20*(2), 127-134.

Anzieu, D. (1976) *Os métodos projetivos* (5a ed.). Rio de Janeiro: Ed. Campus..

Bellak, L. (1944). The concept of projection. *Psychiatry*. *7,* 353-370.

Bellak, L. (1949). *The Children's Apperception Test*. New York: C.P.S., Co.

Bellak, L., & Abrams, D.M. (1997). *The T.A.T., the C.A.T. and the S.A.T. in clinical use*. (6th ed.). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Benczik, E.B.P. (2005). *Crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*: Um estudo dos aspectos psicodinâmicos a partir do Teste de Apercepção Infantil – CAT-A. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Bossé, M. (2015). Le CAT: *Analyse des élaborations prises comme jeux*. Longueil (Canadá): Groupéditions.

Carotenuto, C. (2000).*O pesadelo infantil e o teste CAT: uma análise psicodinâmica*. São Paulo: Vetor.

Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução CFP: 002/2003. Caderno especial deresoluções*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Epstein, S., & Morling, B. (1995). Is the self motivate to do more than enhance and / or verity itself. In Kernis, M. H. (Ed), *Efficacy, agency, and self-esteem*. New York: Plenum.

Fonseca, A.R. (2005). *Abuso sexual na infância*: Um estudo de validade de instrumentos. Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba.

Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L. (2004). EMAE – Escala Multidimensional de Auto-Estima. In M. Gobitta, (Ed.), *Escala Multidimensional de Auto-Estima (EMAE): Construção e Validação com crianças e Adolescentes Brasileiros.* Tese de Doutorado Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Howe, S. M. (2015). *The Kangaroo Complex.* Bruxelas: Plexus Production

Kitron, D. G., Benziman, H. (1990). The Children's Apperception Test: possible applications for adults. *Isr J Psychiatry Relat Sci.*, *27*(1), 29-47.

Levy, S. (1980). Desenho Projetivo da Figura Humana. In E. Hammer. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Miguel, A., Tardivo, L. C., Silva, M.C.V.M., & Tosi, S. M. V. D. (2010) *Teste de apercepção Infantil (CAT-A): figuras animais*. São Paulo: Vetor.

Miguel, A., Tardivo, L. C., Moraes, M.C.V., & Tosi, S. M. V. D. (2016) *Teste de apercepção Infantil (CAT-H): figuras humanas*. São Paulo: Vetor. [No prelo]

Miori, M. C., Hosogiri, M., & Moraes, M.C.V. (2015) Relações objetais avaliadas com o CAT-A: um estudo comparativo. In L. S. P. C. Tardivo (Org.), *Anais da Jornada Apoiar: cuidado e prevenção em saúde mental: propostas e pesquisas, 13.* São Paulo: IP/USP.

Ocampo, M. L. S., Garcia Arzeno, M. E., & Piccolo, E. G. (1981). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

Schelini, P. W.; Benczik, E. P. (2010). Teste de apercepção infantil: o que foi e o que precisa ser feito. *Boletim de Psicologia*, *60*(132), 85-96. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432010000100008&lng=pt&tlng=pt

Silva, M.C.V.M. (2010). *Testes psicológicos: origens e transformações*. São Paulo: Vetor.

Silva, M.F.X., & Villemor-Amaral, A.E. (2006). A auto-estima no CAT-A e H.T.P.: Estudo de evidência de validade. *Avaliação Psicológica*, *5*(2), 205-215.

Sisto, F. (2007). Delineamento correlacional. InM. N. Nunes, &D. C. Campos (Ed.). *Metodologias de pesquisa em ciências: análises qualitativas e quantitativas* (p 90-101). Rio de Janeiro: LTC.

Symonds, P.M. (1948). *Manual for Symonds' Picture-Story Test*. New York: Columbia University.

Tardivo, L. S. P. C. (1998). *O Teste de Apercepção Infantil e o Teste das Fábulas de Düss*. São Paulo: Vetor.

Tardivo, L. S. P. C., & Silva, M. F. X. (2008). O teste de Aperepção Temática com figuras de animais (CAT). In A. Villemor-Amaral, & B. G. Werlang. *Atualizações em Métodos Projetivos para avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, *8*(2), 125-136.

Trinca, W. (1984) *Diagnóstico psicológico*. A prática clínica. São Paulo: EPU, 1984

Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York: John Wiley & Sons.

Essa resolução determina que só podem ser comercializados no Brasil instrumentos avaliados pelo CFP como adequados à população brasileira, com base em critérios baseados na qualidade do material das técnicas e nos atributos psicométricos (validade e fidedignidade).

17.1

O TESTE DOS CONTOS DE FADAS (TCF)

Samantha Dubugras Sá
Maisa dos Santos Rigoni

História do instrumento (internacional e nacional)

Em civilizações antigas, os contos eram formas de narrativas imaginárias, nas quais se destacavam costumes e valores da época, auxiliando na explicação da história de muitos países. Nesse período, grande parte da população não tinha acesso ao conhecimento científico como ferramenta de compreensão dos fenômenos da vida natural ou humana, sendo predominante o pensamento mágico em vez de lógico (Oliveira, 2005). Esses contos tiveram sua origem em povos da Ásia, retratando acontecimentos do cotidiano e não eram exclusivamente destinados ao público infantil. Assim, inicialmente eram histórias contadas para adultos no intuito de entretenimento, sendo o contador alguém que conseguia envolver emocionalmente sua plateia, acabando por abranger pessoas de todas as idades (Corso & Corso, 2006).

Os contos deixam claro, tanto para adultos quanto para crianças, que existem duas forças opostas no ser humano, o bem e o mal. Nos contos, é clara a escolha do bem mesmo que, ao longo da sua narrativa, os personagens vivenciem uma série de infortúnios. Assim, ao final o bem sempre acaba por vencer o mal. No que diz respeito especificamente às crianças, os contos de fadas passaram a ser destinados a elas a partir do século XIX, quando incluíram a fantasia, demarcando expressiva riqueza simbólica. Nessa perspectiva, os contos são importantes para o crescimento emocional das crianças, oferecendo um sentido às situações que elas tiveram ou têm ocasião de vivenciar, contendo assim um caráter terapêutico. Por muito tempo, tanto educadores quanto os pais das crianças tinham uma percepção de que os contos de fadas eram histórias irreais, porém para as crianças sempre significaram o que há de mais real, isto é, o real interno delas, e não o mundo externo visto pelo adulto. Não se trata do aqui nem do agora da realidade adulta, mas de um território fora do tempo e do espaço, retratando o mundo simbólico da criança (Bettelheim, 1980). Freud (1900/1987), ao abordar a análise dos sonhos, deixa clara a importância do simbolismo para o psiquismo, salientando a existência de uma realidade psíquica distinta da realidade material.

Mesmo com o passar dos anos e, independentemente dos contextos social, econômico ou político, os contos de fadas seguem fascinando as crianças, pois possibilitam, via imaginação, a aproximação com as temáticas do mundo real e os habitantes do universo intrapsíquico, sendo que em suas versões mais modernas têm também uma finalidade moral. Nos contos, a criança se identifica com a figura do herói porque ele é apresentado de forma atraente, o que acaba por imprimir a moralidade nela, e não pelo fato de o bem vencer no final (Bettelheim, 1980).

Os contos de fadas colocam "(...) um dilema existencial de forma breve e categórica. Isto permite à criança aprender o problema em sua forma mais essencial, em que um trauma mais complexo confundiria o assunto para ela" (Bettelheim, 1980, p.15). Nesse sentido, a dualidade criada (bem *versus* mal) convocará a criança a se deparar com dilemas morais e a acompanhar a luta entre essas forças até a sua resolução, na qual os personagens principais são felizes para sempre, propiciando a elas a possibilidade de reparação.

Com o transcorrer do tempo, os contos sofreram várias influências, tendo diferentes versões. Logo, os contos de fadas são compilações de contos orais transmitidos e reformulados por várias gerações, segundo Costa (2003), até atingir o caráter formador de consciência nas mais diversas sociedades. Cabe salientar que Bettelheim (1980) entende que os contos de fadas alcançaram uma estrutura mais refinada, transmitindo tanto significados manifestos quanto encobertos. Isso

possibilitou que passassem a abranger todos os níveis da personalidade humana, bem como a atingir todas as faixas etárias.

O interesse pelos contos de fadas se dá pela linguagem simbólica empregada, a qual propicia o envolvimento do leitor com o que é contado, sem que seja necessário o uso de argumentos para convencê-lo a entrar nesse mundo imaginativo. Cabe ressaltar que, no mundo da imaginação, a lógica da temporalidade e da razão são rompidas, ganhando espaço os desejos e as fantasias que não precisam levar em conta as regras da realidade para terem força de vigência no interior do psiquismo. Assim, os contos podem influenciar positivamente a formação da personalidade da criança, uma vez que ela entende que é possível vencer obstáculos e sair vitoriosa (Costa, 2003). Foi baseado nessa ideia que os contos passaram a ser utilizados como estratégia terapêutica com crianças, uma vez que se acredita que refletem aspectos sadios e patológicos do desenvolvimento infantil. Em consonância com essa temática, podemos destacar testes consagrados de contação de histórias, como o Teste de Apercepção Infantil (CAT), o Teste de Apercepção Temática (TAT) e o Teste das Fábulas.

O Teste dos Contos de Fadas (TCF) é indicado como uma técnica de avaliação clínica embasada nos preceitos psicanalíticos que permite a identificação de mudanças desenvolvimentais, bem como várias dimensões da personalidade infantil e dos seus inter-relacionamentos. Também é indicado como uma ferramenta na pesquisa clínica. Foi desenvolvido entre 1989 e 1993 pela psicanalista grega Carina Coulacoglou.

Pesquisas recentes nos contextos clínico e não clínico

Em termos de publicações internacionais, encontramos poucos estudos, sendo que atualmente, além do Brasil, há processos de adaptação para vários países, como México, Peru, Venezuela, Chile e Argentina. Cabe salientar que, em vários países da Europa, na China, na Turquia e na Rússia, o TCF já está apto para ser utilizado. Os estudos de precisão e validade desenvolvidos pela autora na Grécia e em outros países são plenamente satisfatórios.

No Brasil, possivelmente por ainda encontrar-se em fase final do processo de validação, existem, em sua maioria, teses e dissertações, sendo uma tese de doutorado (Borges, 2011) e três dissertações de mestrado (Pacheco, 2011; Bomtempo, 2011; Goelzer, 2011), publicadas em 2011. No ano de 2009 encontramos duas dissertações de mestrado publicadas (Lovera, 2009; Gobbi, 2009), sendo que todos esses estudos foram orientados pelas doutoras Blanca Werlang e Mônica Macedo, ambas responsáveis pela validação do TCF no Brasil. Em relação a artigos científicos publicados no Brasil, encontramos um que realizou um estudo de evidências de validade do TCF com base na sua estrutura interna (Werlang, Nunes, & Borges, 2014).

Breve descrição do instrumento, sua administração e aplicações

O TCF pode ser aplicado em crianças com idades entre 6 e 12 anos e compreende 21 cartões agrupados em sete séries, com três cartões cada. Cinco séries são de personagens: Chapeuzinho Vermelho, Lobos, Anões, Bruxas e Gigantes. Esses personagens vêm desenhados em três versões: duas delas retratam os seus traços mais típicos e conhecidos, aqueles que vemos nos livros e/ou nos filmes infantis, já a terceira versão é mais incomum e pretende estimular a criação de respostas originais positivas ou negativas. As outras duas séries são de cenas dos contos *Chapeuzinho Vermelho* e *Branca de Neve e os sete anões*. De acordo com Werlang e Macedo (2008), esses dois contos abarcam temas relacionados a afeto, inveja, agressão e violência, oralidade, sexualidade, narcisismo, relacionamento mãe e filho, sentimentos edipianos, rejeição, morte, ressurreição e renascimento.

O TCF é um importante instrumento indicado para o trabalho clínico e para a investigação científica, organizado para identificar traços de personalidade, explorar sentimentos e atitudes infantis, sendo uma importante ferramenta de avaliação dos conflitos infantis ao propiciar o uso de recursos próprios e familiares ao ilimitado universo psíquico infantil. Diferentemente dos demais testes projetivos temáticos, como o TAT e o CAT, no TCF não se pede ao avaliando que conte uma história com início, meio e fim; o que se solicita é que sejam respondidas algumas perguntas, uma vez que o conto já existe e os personagens são conhecidos e, de alguma maneira, fazem parte da realidade das crianças, trazendo temáticas que contêm verdades universais e refletem diversos valores tradicionais como amor, amizade, inveja, ajuda, violência, morte e ressurreição (Coulacoglou, 1995, 2005). Assim, o TCF pretende estimular os processos inconscientes, explorando os sentimentos e as atitudes da criança.

Para realizar a aplicação do TCF, o psicólogo deve estar familiarizado com as teorias psicodinâmicas da personalidade e com os principais conceitos e fundamentos da psicometria para a construção e adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. Deve também dominar ou estar apropriado dos principais construtos da teoria psicanalítica. Ainda, é fundamental que conheça os diversos contos de fadas retratados na vasta produção literária. Da mesma forma, é imprescindível ter experiência no atendimento infantil, na administração de testes em geral e, em especial, com outros testes projetivos, devendo sempre estar consciente dos alcances e das limitações de cada teste psicológico.

Antes da administração, é importante saber da familiaridade da criança com os contos de fadas apresentados no teste. É importante que a criança conheça os contos, principalmente a história de *Chapeuzinho Vermelho*, *Branca de Neve e os sete anões* e alguma história de gigantes, como, por exemplo, *João e o pé de feijão* ou *O Pequeno Polegar*.

O TCF é administrado individualmente e em um único encontro de aproximadamente 45 minutos. Crianças inibidas, reservadas ou distraídas podem necessitar de uma maior estimulação e encorajamento por parte do aplicador, sendo assim a aplicação pode ser um pouco mais longa. A criança também pode dar respostas extensas e complexas, prolongando a administração para além de 1 hora. É necessário que se estabeleça uma boa relação com a criança antes da administração do teste. Isso permitirá que a criança se sinta à vontade, confiando no examinador, produzindo, assim, respostas espontâneas e originais e descortinando seus processos inconscientes em detrimento de respostas convencionais, estereotipadas ou sem o recurso da imaginação.

Tornando a aplicação mais lúdica, as instruções falam de um jogo a ser jogado em colaboração com o avaliador: “Nós vamos a um jogo com um dos heróis de um conto de fadas. Eu vou te fazer algumas perguntas e gostaria de ouvir tua opinião”. É importante assegurar à criança que não existem respostas certas ou erradas. Em todo o processo de avaliação psicológica a abordagem do psicólogo deve estar adaptada ao estágio de desenvolvimento da pessoa, especialmente com crianças pequenas. No TCF, um exemplo dessa adaptação pode ser uma reformulação da pergunta “Se você fosse o lobo, qual Chapeuzinho Vermelho você comeria? Por quê?” para “Se a gente encenasse a história, e você fosse o lobo, qual das três você comeria?”, para que assim a criança entenda completamente as instruções do examinador.

No momento da aplicação, a criança deve sentar-se de frente para o examinador, e os cartões devem ser apresentados na ordem padrão – Chapeuzinho Vermelho, Lobos, Anões, Bruxas e Gigantes, depois as cenas da Chapeuzinho Vermelho e da Branca de Neve e os Sete Anões, um conjunto de cada vez, sem que a criança visualize os cartões da série seguinte. Quando apresentamos cada conjunto de três cartões, o personagem específico que cada cartão representa deve ser enfatizado: “Aqui nós temos a *Chapeuzinho Vermelho*. O que cada uma delas pensa/sente?” ou “Estes são três *anões*. O que cada um deles pensa/sente?”. Durante a aplicação do teste, um conjunto de perguntas específicas (ver Quadro 17.1.1) é realizado devendo-se registrar todos os comentários, na íntegra, que a criança fizer ao longo da aplicação, tais como: referências pessoais, mudanças na ordem dos cartões ou qualquer comportamento que possa ser útil para uma análise posterior. Assim como em outros processos de avaliação psicológica, o psicólogo deve prestar atenção a quaisquer sinais que ocorram durante a administração do TCF, pois o comportamento verbal e não verbal pode incrementar a análise dos resultados.

QUADRO 17.1.1

Conjunto de perguntas específicas realizadas durante a administração do TCF

Série de personagens	Perguntas
Chapeuzinho Vermelho	• O que cada uma pensa e sente? • Qual das três é a Chapeuzinho Vermelho do conto? Por quê? • Qual das três você comeria se fosse o lobo? Por quê?
Lobos	• O que cada um pensa e sente? • Qual dos três lobos é o do conto da Chapeuzinho Vermelho? Por quê? • Qual dos três te dá mais medo? Por quê?
Anões	• O que cada um pensa e sente? • Qual dos três anões é o do conto da Branca de Neve? Por quê? • Qual dos três anões você gostaria que se casasse com a Branca de Neve? Por quê?
Bruxas	• O que cada uma pensa e sente? • Qual das três bruxas é a dos contos? Por quê? • Qual das três te dá mais medo? Por quê? • Qual é a bruxa mais malvada? Por quê? • O que pode fazer uma bruxa malvada? • Qual é o nome das bruxas?
Gigantes	• O que cada um pensa e sente? • Qual dos três é o gigante dos contos? Por quê? • Qual dos três te dá mais medo? Por quê? • Qual é o gigante mais malvado? Por quê? • O que pode fazer um gigante malvado? • Qual é o nome dos gigantes?
Série de cenas	**Perguntas**
Chapeuzinho Vermelho	• Descreva cada desenho • Com qual desenho termina o conto? Por quê? • Com qual desenho você gostaria que o conto terminasse? Por quê?
Branca de Neve e os sete anões	• Descreva cada desenho

- Com qual desenho termina o conto? Por quê?
- Com qual desenho você gostaria que o conto terminasse? Por quê?

Fonte: Coulacoglou (1995, 2002a, 2002b).

Durante a aplicação do instrumento, as respostas à pergunta "O que cada uma pensa/sente?" tendem a refletir também sentimentos, como na seguinte resposta: "A bruxa quer matar a Branca de Neve (?) porque ela é mais bonita do que ela". Essa verbalização revela aspectos de agressão e inveja, não sendo necessário perguntar "Como ela se sente?". No entanto, respondendo assim, a criança segue de acordo com o enredo do conto, sendo imprescindível ampliar a resposta perguntando, por exemplo: "Como ela vai matá-la?". Por meio da resposta dada pela criança, poderemos identificar como será esse ato agressivo e a sua importância na trama do conto.

Com certeza, identificar e classificar as variáveis em uma resposta como "vai dar uma maçã envenenada" é completamente diferente de uma resposta como "vai matar com vários tiros de espingarda". No primeiro caso, a única variável a ser pontuada seria "Adaptação ao Conteúdo do Conto (ACCF)", enquanto no segundo caso a resposta envolve mais elementos idiossincráticos possibilitando classificar a variável "Agressão por Inveja (AgrInv)" ("vai matar com vários tiros de espingarda", "porque ela é mais bonita").

A autora propõe a análise de 30 variáveis que podem ser identificadas nas respostas dadas pelas crianças ao teste (Coulacoglou, 1993, 1998/2001, 1998/2001a, 2002a, 2002b, 2008a, 2008b). Essas variáveis são agrupadas em cinco categorias maiores de componentes da personalidade: Desejos e Necessidades (Desejo por coisas Materiais, Desejo de Superioridade, Desejo de Ajudar, Necessidades Orais, Necessidade de Afiliação, Necessidade de Aprovação, Necessidade de Afeto, Necessidade de Proteção); Impulsos (Preocupação Sexual, Bizarro, Agressão Oral, Agressão Impulsiva, Agressão como Dominância, Agressão Instrumental, Agressão como Defesa, Agressão como Retaliação, Agressão por Inveja e Agressão por Ciúme), Relações Objetais (Relação com a mãe e Relação com o pai), Estados Emocionais (Medo de Agressão, Ansiedade, Depressão) e Funções do Ego (Ambivalência, Autoestima, Moralidade, Senso de Propriedade, Senso de Privacidade, Adaptação ao Conteúdo do Conto e Repetição). Na Tabela 17.1.1 tem-se uma ideia de como se pontuam as possíveis respostas dadas pelas crianças.

TABELA 17.1.1
Configuração das variáveis do sistema de categorização de respostas do TCF conforme os cinco componentes da personalidade

Componentes da personalidade	Variáveis	Intensidade das variáveis
Desejos e Necessidades	1) Desejo por coisas materiais (DCM)	1, 2, 3
	2) Desejo de Superioridade (DSup)	1, 2, 3
	3) Desejo de Ajudar (DA)	1, 2, 3
	4) Necessidades Orais (NO)	1, 2, 3
	5) Necessidade de Afiliação (NAfil)	1, 2, 3
	6) Necessidade de Aprovação (NApr)	1, 2, 3
	7) Necessidade de Afeto (NAft)	1, 2, 3
	8) Necessidade de Proteção (NPro)	1, 2, 3
Impulsos	9) Preocupação Sexual (PSex)	1, 2, 3
	10) Respostas Bizarras (B)	Presença ou ausência

	11) Agressão Oral (AO)	1, 2, 3
	12) Agressão Impulsiva (AgrImp)	1, 2, 3
	13) Agressão como Dominância (AgrDom)	1, 2, 3
	14) Agressão Instrumental (AgrIns)	1, 2, 3
	15) Agressão como Defesa (AgrDef)	1, 2, 3
	16) Agressão por Inveja (AgrInv)	1, 2, 3
	17) Agressão por Ciúme (AgrCiu)	1, 2, 3
	18) Agressão como Retaliação (AgrRet)	1, 2, 3
Funções do Ego	19) Ambivalência (AMB) [Indecisão, Dúvida, Conflito, Alternativa, Hesitação, Incerteza]	1, 2, 3
	20) Autoestima (AE)	-1 / +1
	21) Moralidade (Mor)	1, 2, 3
	22) Senso de Propriedade (SPro)	1, 2, 3
	23) Senso de Privacidade (SPriv)	1, 2, 3
	24) Adaptação ao Conteúdo do Conto (ACCF)	0, 1, 2, 3
	25) Repetição (Rep)	Presença ou ausência
Estados Emocionais	26) Medo de Agressão (MA)	1, 2, 3
	27) Ansiedade (Ans) [Perda, Doença, Dano, Insegurança, Rejeição, Castigo, Desaprovação, Trabalho Duro, Autoimagem, Morte, Solidão, Preocupação com os outros, Reprovação, Privação, Indiferença, Incapacidade, Proibição]	1, 2, 3
	28) Depressão (D)	1, 2, 3
Relações Objetais	29) Relação com a mãe (Rel/Mae)	-1 / +1
	30) Relação com o pai (Rel/Pai)	-1 / +1

Fonte: Coulacoglou (1995, 2002a, 2002b, 2008a).

Diante de uma resposta como “Chapeuzinho Vermelho quer passear na floresta”, é indicado indagar à criança como a personagem se sente, pois ela poderia estar com medo do lobo, ansiosa por atravessar sozinha a floresta, braba, com raiva da sua mãe, ou feliz por estar passeando sozinha. O psicólogo deve se certificar de que a resposta esteja o mais completa possível. É fundamental identificar o que está por trás de um ato, bem como quem é a figura de identificação. As verbalizações e expressões usadas podem fornecer indícios se a criança é o ator ou a vítima da história.

Existem casos nos quais as crianças não respondem à pergunta “o que sente/pensa” e simplesmente descrevem a imagem do cartão, como “Ela tem cabelos compridos e está usando uma saia curta”, ou descrevem sentimentos, como “Este anão está com medo”. Então, a pergunta deve ser repetida: “OK, mas o que ela/ele pensa/sente?”. No que tange a bruxas e gigantes, estes estão presentes em diferentes contos de fadas; então, quando perguntamos à criança “O que cada *bruxa (ou gigante)* pensa?”, e ela nos questiona “De qual história?”, podemos dizer: “de qualquer história que tenha uma bruxa (ou gigante)”.

Quando são solicitadas a dar “um nome às bruxas e aos gigantes”, algumas crianças podem ficar inseguras em relação ao que responder. Nesse caso, pode-se dizer: “Você pode dar qualquer

nome de que goste”. Se, mesmo assim, a criança não conseguir responder, podem-se dar alguns exemplos, como “Bruxa Feia”, “Malévola” e “O Gigante Forte”. Porém, se a criança repetir algum desses nomes, peça que ela diga novos nomes. Já quanto à pergunta “O que pode fazer uma bruxa malvada (ou um gigante malvado)?”, quando a criança responder somente “As bruxas gostam de matar gente”, deve-se perguntar “Alguma outra coisa?”.

Nos cartões 6 e 7, devem-se introduzir as perguntas do protocolo da seguinte forma: “Aqui nós temos três cenas da história da Chapeuzinho Vermelho (ou Branca de Neve), por favor, me conte o que está acontecendo em cada cena”. Ao descrever a cena do conto de fadas, eventualmente as crianças podem confundir a heroína com outra pessoa de outro conto, como a Chapeuzinho Vermelho se transformar em Cinderela. No entanto, se o enredo do conto está correto (p. ex., “A Cinderela encontra o Lobo e fica com medo”), o examinador não deve interferir.

Outra situação possível é quando a criança descreve um conto de fadas diferente do ilustrado no cartão, como “Esta aqui é uma malvada, ela é a madrasta, e não deixa a Cinderela ir ao baile, e ela fica chorando”. Nesse caso, o examinador deverá lembrar a criança de que as cenas são da história da Chapeuzinho Vermelho e então perguntar: “O que você pensa que está acontecendo nesta figura?”. Essa substituição realizada pela criança, de trocar um conto por outro, não conseguindo focar no conto ilustrado, é material para ser analisado posteriormente.

Na pergunta: “Com qual desenho você gostaria que a história terminasse?”, pode acontecer de alguma criança, principalmente as menores, não a diferenciar da anterior: “Com qual desenho termina a história?”. Nesse caso, o avaliador precisa insistir reforçando: “Você pode querer dar um final diferente. De qual desenho você gosta?”, assim esclarecerá as opções que a criança tem de escolha dos cartões.

A maior parte das crianças consegue responder às perguntas de pronto, denotando ânimo e vontade, porém pode ocorrer de alguma criança não conseguir responder por algum motivo, sendo que a situação mais comum é na pergunta “O que cada um pensa?”, a qual a criança pode dizer: “Ela não está pensando em nada” ou “Sei lá”. Quando isso ocorrer, é preciso estimular a criança. No manual, o psicólogo(a) encontrará alguns exemplos desse tipo de situação e como deve proceder.

Cabe ressaltar que, quando anotar as respostas no protocolo, o avaliador precisa indicar o ponto no qual foi feita uma nova pergunta para diferenciar entre as respostas das questões do protocolo e aquelas resultantes das suas perguntas, como “Esta Chapeuzinho Vermelho não está se sentindo muito bem, ela parece má (?), ela pensa em fazer alguma coisa ruim (?), ela quer envenenar sua avó (?), porque sua avó não a ama”.

No que concerne ao levantamento, o tempo gasto para a classificação das respostas e para a interpretação do protocolo vai depender do nível de complexidade das respostas dadas pela criança e da experiência do psicólogo com o TCF. No entanto, geralmente se leva em média 30 minutos para classificar as respostas e mais 30 minutos para interpretar o protocolo.

Propriedades psicométricas do instrumento

O TCF teve seu estudo de adaptação à população brasileira realizado por meio de autorização da autora e sob o patrocínio da então Casa do Psicólogo, hoje Pearson. Para tanto, foram seguidas todas as exigências brasileiras da regulamentação de pesquisas com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996), bem como todas as exigências éticas pertinentes. A equipe que participou do processo foi composta por psicólogos (doutorandos, mestres e mestrandos) e estudantes de psicologia (bolsistas de iniciação científica) com treinamentos que objetivaram sistematizar a forma de abordagem dos participantes do estudo, as condições de testagem e as instruções para a aplicação de todos os instrumentos previstos no estudo.

A amostra da população geral foi constituída por 670 sujeitos, com idades entre 6 e 12 anos, provenientes de escolas das redes pública e privada, dos estados do Rio Grande do Sul (cidades: Porto Alegre, Gramado, Santa Maria e Viamão) e de Goiás (cidades: Goiânia, Bela Vista e São Luiz dos Montes Belos) e da cidade de São Paulo/SP. Para excluir casos com suspeita de comprometimento intelectual (abaixo do percentil 25), foi administrado (em todas as crianças) o Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999), para os sujeitos com idades entre 6 e 11 anos e meio, e o teste Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral (Raven, Raven, & Court, 2003), para as crianças entre 11 anos e meio e 12 anos. A idade média das 670 crianças foi de 8,6 anos (DP = 1,7), sendo 348 (51,9%) meninas e 322 (48,1%) meninos.

Considerando que o TCF é um teste projetivo, optou-se por utilizar a técnica da consistência das avaliações feitas por diferentes examinadores (avaliações independentes). Assim, após a administração do TCF, todos os protocolos foram analisados e as verbalizações das crianças, para cada um dos 21 desenhos do teste, foram classificadas por três juízes (psicólogos clínicos, com experiência em avaliação psicológica) com base: 1) nas variáveis do sistema de categorização de respostas, subdivididas em cinco grupos de componentes da personalidade e 2) na identificação dos mecanismos de defesas. Após essa etapa, a classificação das respostas feita pelos juízes foi organizada em um banco de dados, para que pudesse ser aplicada a estatística Kappa, do programa StataCorp. (2005), com o objetivo de verificar o índice de concordância entre os três avaliadores.

A precisão de avaliadores foi realizada primeiramente com base nos 670 protocolos provenientes do grupo amostral da população geral. Esses resultados foram altamente satisfatórios, uma vez que a concordância alcançada nas 51 variáveis analisadas, principalmente considerando a comparação entre três juízes (*J1-J2-J3*), pode ser interpretada como quase perfeita na maioria das variáveis. Observam-se apenas duas situações com concordância moderada e cinco com concordâncias substanciais. Portanto, todas as variáveis (na comparação entre J1-J2-J3) atingiram índices de concordância de moderado a muito bom.

O grupo amostral clínico (médico-clínico, clínico-psiquiátrico e de vítimas de abuso sexual intrafamiliar) foi localizado a partir de uma população de crianças com diagnóstico já formulado ou situação de vida já definido, admitidas em instituições hospitalares, clínicas-escola e instituições de proteção infantil. Assim, esse grupo amostral clínico incluiu 178 crianças, mais especificamente: 30 crianças com diabetes melito, 28 com transtorno depressivo, 23 com transtorno da conduta, 31 com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 32 com transtorno de aprendizagem e, ainda, 34 crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar. A idade média das

crianças do grupo amostral clínico foi de 9,04 anos (DP = 1,5), sendo 118 crianças (66,3%) do gênero masculino e 60 crianças (33,7%) do gênero feminino.

Após esse processo, todos os protocolos foram enviados para a autora, Carina Coulacoglou, por uma exigência dela, com o intuito de verificar cada um deles, bem como a análise estatística realizada. Neste momento, todo o material encontra-se com a autora e aguarda-se o seu posicionamento para que o teste seja submetido ao Conselho Federal de Psicologia.

Considerações gerais sobre o instrumento e seu uso (forças e fraquezas)

Existe uma variedade expressiva de instrumentos de avaliação psicológica gerados para a exploração das diferentes caraterísticas da personalidade. Cada tipo de instrumento oferece atributos positivos e limitações que o psicólogo deve considerar quando o inclui ou exclui de um processo avaliativo. Qualquer avaliação psicológica tem como objetivo fornecer informações, para que, a partir delas, sejam tomadas decisões sobre o indivíduo avaliado. Então, considerando que é de fundamental importância ter à disposição instrumentos adequados e confiáveis em relação ao que se quer avaliar, que o TCF pode ser um valioso auxílio para o psicólogo clínico que trabalha com crianças em processo de avaliação clínica e que no momento atual existem no Brasil poucos instrumentos de avaliação como este, julga-se pertinente verificar se o instrumento tem propriedades psicométricas adequadas, para que possa ser utilizado no nosso meio.

Como se trata de um teste projetivo, propicia que o avaliando não "manipule" as respostas nem traga somente o que imagina que o avaliador queira ouvir, como o que pode ocorrer nas escalas de sim e não ou de tipo *likert*. Isso permite que se descortinem questões inconscientes. Outra vantagem do instrumento é a utilização de contos que geralmente são conhecidos pelas crianças de todo o mundo e, por isso, seu uso estende-se a diversas culturas.

Por outro lado, crianças com algum problema cognitivo ou mesmo com dificuldade de abstração podem não conseguir realizar o TCF. Além disso, um psicólogo despreparado pode não saber conduzir de forma proveitosa a aplicação do teste, como não conseguir estimular o suficiente a criança e, dessa forma, não aprofundar as respostas por ela abordadas.

REFERÊNCIAS

Angelini, A.L, Alves, I.C.B, Custódio, E M., Duarte, W.F., & Duarte, J.L.M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.* Escala Especial. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Bettelheim, B. (1980). *A Psicanálise dos contos de fadas.* Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Bomtempo, Flávia Rosa (2011). *Respostas ao Teste dos Contos de Fadas em Crianças com e sem Problemas de Aprendizagem*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Borges, Vivian Roxo (2011). *Teste dos Contos de Fadas: Estudos de Evidência de Validade*. Tese de Doutorado, Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Conselho Nacional de Saúde. (1996). *Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996*. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html

Corso, D, L., & Corso. M. (2006). *Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis.* Porto Alegre: Artmed.

Costa, P. F. A. (2003). *Os Contos de Fadas: de Narrativas Populares a Instrumento de Intervenção.* Dissertação de Mestrado, Universidade Vale do Rio Verde, Betin.

Coulacoglou, C. (1993). *The Development of the Fairy Tale Projective Test in the personality assessment of children,* unpublished Ph.D thesis, University of Exeter.

Coulacoglou, C. (1995). *Teste de los Cuentos de Hadas.* Madrid: TEA.

Coulacoglou, C. (2001) *Psychometrics & Psychological Assessment.* Athens: Papazisis. (Obra originalmente publicada em 1998)

Coulacoglou, C. (2001a). *FTT – Le Test Des Contes De Fees*. ECPA: Paris: France. (Obra originalmente publicada em 1998)

Coulacoglou, C. (2002a). Construct Validation of the Fairy Tale-Test-Standardization data. *International Journal of Testing. 2*(3-4), 217-242.

Coulacoglou, C. (2002b). *Psychometrics & Psychological Assessment*. (2nd. Ed.). Athens: Paparazisis Publ.

Coulacoglou, C. (2008a). *Exploring the child's personality, clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale Test.* Springfield/Illinois: C.C Thomas Publishers.

Coulacoglou, C. (2008b). Fairy Tales as a Building Blocks: the development of the fairy Tale Test. In C. Coulacoglou (Org.), *Exploring the child´s personality: developmental, clinical and cross-cultural applications of the Fairy Tale Test.* (pp. 29-46). Springfield/Illinois: C.C Thomas Publishers.

Coulacoglou, C., & Souyouldjoglou, M. (2005). The Fairy Tale Projective Test as a means to examine psychoanalytic interpretations of fairy tales (Turkish article). In *Yanstima/Projection: Psychopathology and Projective Tests.* (Vol. 2 (3-4), pp. 173-189).

Freud, S. (1987). A interpretação dos sonhos. In J. Strachey (Ed. e Trad.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.5, pp. 323-611). Rio de Janeiro: Imago.

(Obra originalmente publicada em 1900)

Gobbi, A. S. (2009) . *O uso de mecanismos de defesa no período de latência*. Dissertação de Mestrado, Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Goelzer, E. J. (2011). *Estados emocionais frente ao diabetes, a depressão e ao transtorno de conduta: um estudo comparativo através do teste dos contos de fadas.* Dissertação de Mestrado, Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Lovera, R. R. (2009). *Agressividade no Período da Latência através do Teste Contos de Fadas*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Oliveira, C. M. (2005). *A Importância do Maravilhoso na Literatura Infantil.* Recuperado de:

http://www.portal.educacao.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-praxis-pedagogicas/G%C3%8ANEROS%20TEXTUAIS/a%20importancia%20do%20maravilhoso%20na%20literatura%20infantil.pdf

Pacheco, M. L. L. (2011). *Respostas ao Teste Contos de Fadas em crianças com e sem vivência de abuso sexual*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (2003). *Standard Progressive Matrices (including the Parallel and Plus Versions)* (Section 3). TX: Pearson.

StataCorp. (2005). *Stata Statistical Software: Release 9.0.* Texas: Stata Corporation LP.

Werlang, B. S. G, & Macedo, M. M. K. (2008). O teste dos Contos de Fadas. In A. E. Villemor-Amaral, B. S. G. Werlang (Orgs.), *Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica.* (Vol. 1, pp. 183-192). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Werlang, B. S. G., Nunes, C. H.N.S., & Borges, V. R. (2014). Evidências de validade com base na estrutura interna no Teste dos Contos de Fadas. *Psicco-USF*, *19*(1), 107-118.

17.2

TESTE DA CASA-ÁRVORE-PESSOA (HTP) NA AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE

Juliane Callegaro Borsa
Manuela Ramos Caldas Lins
Lucila Moraes Cardoso

O desenho é considerado uma das formas de comunicação mais antigas entre os seres humanos. Nos primórdios da humanidade, os desenhos nas paredes das cavernas registravam fatos ocorridos, sentimentos e emoções vivenciadas (Hammer, 1991; Wechsler, 2003). A partir do século XX, o desenho passou a ser usado como técnica aplicada ao campo da psicologia, com a finalidade de investigar habilidades cognitivas e características emocionais e da personalidade humana (Bandeira, Costa, & Arteche, 2008).

Na psicologia, o desenho pode ser analisado a partir de diferentes perspectivas: cognitiva, projetiva e emocional (Albornoz, 2011; Arteche, 2006; Arteche & Bandeira, 2006; Borsa, 2010; Borsa & Bauermann, 2013; Segabinazi, 2010). A primeira propõe o desenho como uma medida de avaliação do desenvolvimento cognitivo (Goodenough, 1974; Koppitz, 1984; Wechsler, 2003). Isso é possível, pois algumas habilidades necessárias para a execução do desenho (p. ex., a habilidade perceptomotora) seguem uma sequência desenvolvimental, o que permite desenhos mais detalhados e elaborados com o avanço da idade (Albornoz, 2011; Arteche, 2006). Embora existam controvérsias sobre a linearidade desse processo, Arteche e Bandeira (2006) afirmam ser possível a diferenciação das habilidades infantis a partir da produção gráfica. A perspectiva emocional, de acordo com Arteche (2006), visa a avaliar indicadores de dificuldades emocionais, tais como impulsividade, agressividade, insegurança, raiva e sentimentos de inadequação. Para tanto, baseia-se em dados empíricos e dispensa as interpretações teóricas baseadas nos significados de itens. Segabinazi (2010) afirma que essa vertente de interpretação iniciou com Elizabeth Koppitz, na década de 1960, ganhando força com os trabalhos de Jack Naglieri, na década de 1990.

Por fim, a avaliação projetiva entende que o desenho é uma forma de manifestação dos aspectos inconscientes da personalidade (Hammer, 1991; Machover, 1967). Para Hammer (1954), ao realizar um desenho, o sujeito expõe o seu mundo interno, isto é, suas fantasias mais profundas, seus desejos, impulsos, medos, ansiedades e conflitos. Ao responder a uma técnica projetiva, o sujeito se utiliza do repertório de imagens e vivências registradas em sua experiência e revela as maneiras que desenvolveu para lidar com as situações de vida, exemplificando o modo como usa seus recursos e suas habilidades para enfrentar problemas (Villemor-Amaral, 2000). "O estímulo, assim, torna-se um veículo para que o examinando represente, na tarefa, seus sentimentos e suas características de personalidade" (Bandeira, Trentini, Winck, & Lieberknecht, 2006, p.132). Silva (2008) afirma que os desenhos se configuram como representações da imagem que o indivíduo tem de si. Um exemplo de teste gráfico projetivo é o *House-Tree-Person Test* (HTP), conhecido no Brasil como Teste do Desenho da Casa-Árvore-Pessoa (Buck, 2003).

Segundo Hammer (1954), o HTP revela-se um instrumento útil no contexto clínico, pois permite ao psicólogo obter informações importantes a respeito dos aspectos básicos da personalidade, especificamente no que se refere a forças e fraquezas do indivíduo e sua interação com o ambiente. Assim, o HTP é capaz de estimular a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito na situação terapêutica e proporciona uma compreensão dinâmica das características e do funcionamento do indivíduo (Buck, 2003).

Em conformidade com a Resolução n° 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003), que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos no Brasil, duas versões do HTP foram submetidas para apreciação da Comissão Consultiva de Avaliação Psicológica (CCAP). A versão de Buck (2003) recebeu parecer favorável para uso profissional, e o HTP-F, de Retondo (2000), recebeu parecer desfavorável (Cardoso & Pasian, 2015). Desse modo, o manual proposto por John N. Buck, traduzido para o português por Renato Tardivo, é o único teste gráfico projetivo para uso no contexto profissional da avaliação psicológica, tendo sido revisado e publicado pela Editora Vetor. Ao mesmo tempo em que houve uma manutenção da riqueza clínica dos manuais anteriores, a versão de J. Buck foi consolidada e reorganizada para melhorar a compreensão dos conceitos clínicos interpretativos.

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o teste HTP enquanto técnica expressiva e projetiva para avaliação da personalidade. Pretende-se expor um breve histórico sobre o desenvolvimento do teste e posteriormente apresentar seus benefícios e suas limitações, a fim de proporcionar orientações acerca de sua utilização nos diferentes contextos da avaliação psicológica.

HISTÓRIA DO INSTRUMENTO

O HTP foi criado por John N. Buck, em 1948, como uma técnica clínica que visa a obter informações acerca da sensibilidade, da maturidade e da integração da personalidade do indivíduo, bem como da sua forma de interagir com as pessoas e com o ambiente (Buck, 1948). O HTP, diferente de outras técnicas, tem poucos relatos sobre sua história. No próprio manual de Buck (2003), os aspectos históricos do desenvolvimento da técnica não foram abordados e, no manual de Retondo (2000), o autor restringe-se a mencionar que J. Buck percebeu que a casa, a árvore e a pessoa são conceitos familiares desde a mais tenra idade e, portanto, mais facilmente aceitos para serem desenhados.

Segundo Silva (2008), J. Buck criou o HTP a partir da sistematização de pesquisas que já eram realizadas com testes gráficos envolvendo o desenho de uma pessoa e de uma árvore, acrescentando a proposta de desenhar a casa. Partindo dessa premissa, a origem do HTP é associada ao Teste do Boneco criado por Florence Goodenough, nos Estados Unidos, em 1926 (Nunes, Teixeira, Feil, & Paniagua, 2012; Silva, Fiamenghi, Bartholomeu, & Montiel, 2015). Goodenough se propôs a investigar o desenvolvimento intelectual infantil a partir do desenho de um boneco, o que mais tarde passou a ser conhecido como Desenho da Figura Humana (DFH) (Silva et al., 2015).

Karen Machover, em 1949, sistematizou o desenho de uma pessoa (DAP, do inglês *Draw a Person*) para o estudo da personalidade, identificando características dos desenhos que refletem fatores emocionais (Silva, 2008). Assim, partiu-se do princípio de que a figura representa o próprio indivíduo e de que a folha de papel representa o ambiente e seu contexto de vida (Cardoso & Pasian, 2015).

Em paralelo ao desenvolvimento de instrumentos gráficos a partir do desenho de uma pessoa, em 1928, o suíço Emil Jucker utilizava o desenho da árvore para identificar possíveis dificuldades dos clientes que o procuravam em busca de orientação educacional ou vocacional. Segundo Hammer (1991), Jucker fez a escolha pela árvore a partir de histórias da cultura e dos mitos, nas quais a árvore tem simbolismo privilegiado e, em 1949, Karl Koch publicou o Teste da Árvore partindo de estudos experimentais e de reflexões fenomenológicas sobre os possíveis significados de cada traço da produção gráfica e a aplicação de tratamento estatístico ao material coletado.

Na proposta inicial de sistematização dos desenhos, J. Buck apresentou uma diferenciação entre aspectos quantitativos e qualitativos dando ênfase aos aspectos clínicos que favoreceriam a obtenção de informações sobre aspectos mais específicos e gerais da pessoa avaliada (Silva et al., 2015). Posteriormente, Emmanuel Hammer introduziu o HTP cromático no procedimento, visando a investigar a personalidade em um nível mais profundo do que o possibilitado pela produção acromática (Hammer, 1991).

Em 1969, Buck e Hammer ampliaram os campos de aplicação do HTP e propuseram o seu uso em contextos como o clínico, o hospitalar e o escolar (Silva et al., 2015). Ao longo dos anos, diferentes autores internacionais e nacionais vêm apresentando propostas para uso do HTP em contextos clínico e não clínico.

PESQUISAS RECENTES NOS CONTEXTOS CLÍNICO E NÃO CLÍNICO

No âmbito internacional, diversas pesquisas já foram realizadas com o HTP. Podem-se citar, por exemplo, estudos na área da autoestima (Groth-Marnat & Roberts, 1998), os quais apontaram que esse instrumento não é capaz de avaliar com precisão o nível de autoestima, revelando-se uma medida problemática. Outros trabalhos buscaram avaliar a personalidade (Marzolf & Kirchner, 1972) e mostraram o HTP como um instrumento capaz de identificar padrões disfuncionais. Outra questão avaliada é abuso sexual (Palmer et al., 2000; Van Hutton, 1994) e tem sido demonstrado a possibilidade de identificação/confirmação de casos de abuso sexual infantil a partir dos desenhos. Além disso, identificam-se estudos que buscaram avaliar as características psicométricas do instrumento, como, por exemplo, o desenvolvido por Vass (1998), que avaliou as características formais do HTP por meio de uma análise de *clusters* por agrupamento hierárquico e demonstrou a homogeneidade de algumas características nos três desenhos, embora o desenho da pessoa tenha se mostrado mais independente em relação aos demais.

Temas controversos também têm sido abordados em pesquisas internacionais mais recentes. Por exemplo, Merari, Diamant, Bibi, Broshi e Zakin (2010) investigaram características de personalidade de homens-bomba, terroristas não suicidas e membros de organizações responsáveis por ataques suicidas e identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Entre os estudos atuais, observa-se também o uso do Synthetic House-Tree-Person (S-HTP), que consiste na realização dos três desenhos em uma única folha, o que torna a tarefa menos cansativa, embora demande boa capacidade para integrar os objetos (Fujii et al., 2016; Kato & Suzuki, 2015, 2016a, 2016b). Fujii e colaboradores (2016) apontam, contudo, que algumas pessoas apresentam dificuldades para realizar três desenhos em uma única página, devendo ser utilizado o teste em sua versão mais longa.

No que se refere às pesquisas nacionais, identifica-se carência de estudos atuais utilizando o HTP. Pesquisas que fizeram uso dessa técnica projetiva buscaram avaliar as características emocionais e de personalidade de crianças em contextos de vulnerabilidade, como, por exemplo, no contexto de situação de rua (Silva & Avelar, 2014), vítimas de abuso sexual (Malgarim & Benetti, 2011; Serafim, Saffi, Achá, & Barros, 2011) e vítimas de violência (Silva, 2013). Além disso, identificam-se pesquisas para avaliação da personalidade de pessoas hospitalizadas, com transtornos alimentares, portadores de insuficiência renal crônica, diabéticos e com câncer (Diniz, Romano, & Canziani, 2006; Munhóz & Ortiz, 2006; Oliveira & Santos, 2006; Pereira, Menegatti, Percegona, Aita, & Riella, 2007; Peres, Santos, Rodrigues, & Okino, 2007; Rossato & Boer, 2002; Silva, Silva, Nascimento, & Santos, 2010), no contexto clínico para avaliação de indivíduos surdos, com dificuldades de aprendizagem ou relacionamento social, com comportamento oposicionista desafiante e dependentes químicos (Franco, 2012; Peres, 2003; Salles, 2015; Sbardelotto & Donelli, 2014) e no contexto escolar para avaliação de aspectos afetivos e desempenho acadêmico (Hazin, Frade, & Falcão, 2010; Jacob, Loureiro, Marturano, Linhares, & Machado, 1999).

Observa-se, em geral, que os estudos sobre o HTP são escassos na literatura, especialmente no que se refere às propriedades psicométricas. A literatura sobre o instrumento é desatualizada e poucas pesquisas recentes são encontradas nas bases de dados *on-line*. Salienta-se, assim, a importância da continuidade das pesquisas sobre o HTP, para que se possa dispor de dados

atualizados e pertinentes ao atual contexto social e cultural. Tais estudos poderão contribuir de maneira significativa para a obtenção de novas evidências de validade e precisão do instrumento.

BREVE DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO, SUA ADMINISTRAÇÃO E APLICAÇÕES

O HTP é destinado a indivíduos com idade a partir dos 8 anos e, conforme referido, tem como objetivo avaliar elementos da personalidade. Para tanto, a administração é didaticamente dividida em quatro fases, sendo a primeira e a segunda correspondentes às fases da associação e do inquérito da série acromática, respectivamente, e a terceira e a quarta, à associação e ao inquérito da série cromática (facultativa). Na primeira fase, propõe-se a realização de três desenhos sequenciais (uma casa, uma árvore e uma pessoa), os quais devem ser desenhados à mão livre, em folhas separadas, utilizando papel A4, lápis preto nº 02 e borracha. Caso o psicólogo ache necessário, pode solicitar um desenho adicional de uma pessoa do sexo oposto ao já desenhado. Segundo Buck (1948, 2003), esses três ou quatro desenhos compõem a primeira fase de aplicação, a qual é não verbal, criativa e quase completamente não estruturada.

Na segunda fase da aplicação, o psicólogo deve conduzir um inquérito na perspectiva de explorar as características e as descrições de cada um dos desenhos. Essa fase, segundo o autor, é verbal, aperceptiva e mais formalmente estruturada, tendo em vista que no manual é apresentada uma lista de perguntas que devem ser realizadas pelo clínico. Buck (1948) afirma que perguntas adicionais, isto é, que não constem no protocolo de interpretação, podem ser feitas para clarificar as respostas do sujeito e tornar o entendimento acerca dos desenhos mais completo. É importante que as perguntas sejam realizadas após a conclusão de todos os desenhos, tendo em vista que podem influenciar o examinando.

Ao término da administração acromática, existe a possibilidade de o psicólogo aplicar a versão cromática do HTP, na qual são realizados os mesmos procedimentos solicitando mais três (ou quatro) desenhos sequenciais e coloridos (cromáticos). Para tanto, devem ser fornecidos ao menos oito cores de giz de cera para o participante (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, violeta, marrom e preto). Encerrado esse momento, o psicólogo realiza uma nova série de perguntas sobre os desenhos produzidos.

Freitas e Cunha (2000) apontam que os desenhos cromáticos atingem camadas mais profundas da personalidade, tanto pelo impacto da cor e pela associação com os aspectos infantis trazidos pelos gizes de cera quanto pelo fato de o sujeito estar mais vulnerável quando chega a essa fase. Buck (2003) sugere que, para o inquérito da versão cromática, sejam feitas perguntas específicas, consideradas por ele pertinentes, as quais vêm destacadas com um asterisco no protocolo de interpretação. Desse modo, o HTP conta com, pelo menos, duas fases, podendo ser estendida para quatro fases quando usar a versão cromática, não sendo permitida a análise dos desenhos separada da interpretação proporcionada pelo inquérito.

Durante a aplicação do HTP, o psicólogo deve estar atento a todas as informações advindas do paciente, sejam elas verbais ou não verbais. Logo, devem ser observados e registrados rasuras, pausas, comentários espontâneos, postura diante da tarefa, etc. De acordo com Freitas e Cunha (2000), deve-se registrar os comportamentos e as reações dos sujeitos, que podem envolver indícios de ansiedade, resistência, desconfiança, cooperação ou até aceitação passiva. A observação do comportamento do indivíduo durante a realização dos desenhos é parte fundamental do processo de aplicação do HTP. Assim, pode-se dizer que a interpretação do HTP, tal qual proposta no manual, é realizada por informações obtidas por uma tríade de fontes:

elementos gráficos produzidos pelo indivíduo (desenhos); conteúdo verbal (oriundo do inquérito) e observação (comportamento do indivíduo ao longo da aplicação).

O HTP oferece, em seu manual, as normas de aplicação e de registro das respostas oriundas do inquérito posterior a cada desenho. Além disso, oferece um protocolo com uma lista de conceitos interpretativos para cada desenho, associados a possíveis características psicopatológicas da personalidade. Em relação à aplicação do HTP, é necessário considerar alguns critérios, a saber: a) adequado conhecimento técnico e teórico do aplicador, sobretudo no que se refere às técnicas projetivas; b) ambiente facilitador para a aplicação; c) adequada administração do *rapport*; e d) aplicação individual, especificamente no contexto clínico.

Quanto à interpretação, o HTP propõe avaliar os desenhos a partir dos seguintes critérios: a) aspectos gerais do desenho (atitude; tempo, latência e pausas; capacidade crítica e rasuras; comentários); b) proporção (tamanho do desenho em relação à folha e dos itens em relação ao desenho); c) perspectiva (localização e posição na página, uso de margens, transparências e movimentos); d) detalhes (presença, ausência, ênfase, dimensão e características dos detalhes); e) uso adequado de cores (este último, analisado quando é proposta a aplicação dos desenhos cromáticos).

A proposta atual do HTP, tal qual aprovada pelo Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi), sugere uma avaliação menos detalhada e mais global do desenho quando comparada, por exemplo, aos antigos livros ou manuais do HTP (Campos, 1998; Retondo, 2000). Tal proposta tende a evitar interpretações pouco consistentes calcadas na análise do item, fato comum nos casos em que os avaliadores são pouco experientes. Hammer (1954) já afirmava que nenhum item sozinho é capaz de definir qualquer força ou fraqueza do sujeito e poucos itens têm um único significado, por isso nenhum deles pode ser visto isoladamente. Logo, a análise global dos elementos dos desenhos tem-se apresentado apropriada para a compreensão dos aspectos psicopatológicos e das características gerais da personalidade, sobretudo quando comparada às -análises de itens específicos dos desenhos (Engle & Suppes, 1970; Garb, Wood, Lilienfeld, & Nezworki, 2002; Yama, 1990).

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO

No manual do HTP, é possível identificar uma lista de "referências complementares sobre o HTP no Brasil" onde são relacionados 25 trabalhos que datam de 1984 a 2001, realizados no contexto nacional e que fizeram uso do teste, nos mais variados sistemas de correção e interpretação. Embora o instrumento não conte com estudos de validade, precisão e normatização para a população brasileira, supõe-se que tais trabalhos sejam considerados fontes de evidências pela comissão que emitiu parecer favorável para uso profissional do teste em janeiro de 2004. Logo, não é possível identificar, no manual do HTP, a descrição de estudos nomotéticos voltados para a população brasileira que tenham utilizado essa versão do instrumento, o que *a priori* contraria as orientações presentes na Resolução nº 002/2003 do CFP, a qual propõe que todos os testes aprovados para uso devam contar com evidências empíricas de validade e precisão.

Em busca realizada nas bases de dados nacionais[1], identificamos dois estudos que abordam as propriedades psicométricas do instrumento, direta e indiretamente. Um deles teve por objetivo avaliar as evidências de validade de critério entre as categorias de autoestima do Teste de Apercepção Infantil (CAT-A) correlacionando-os com os indicadores de autoestima do HTP e com a Escala Multidimensional de Autoestima (EMAE). Constatou-se uma correlação positiva e moderada (r = 0,575) entre o CAT-A e o HTP, sugerindo que os indicadores de autoestima de ambos os instrumentos permitem verificar esse aspecto da personalidade infantil (Silva & Villemor-Amaral, 2006).

No outro estudo, Farah, Cardoso e Villemor-Amaral (2014) buscaram verificar as evidências de validade de critério e precisão do teste das pirâmides coloridas de Pfister, considerando como critério externo o HTP, que foi utilizado para compor dois grupos extremos em relação à estabilidade e à capacidade da criança para lidar com as demandas da vida diária. Os instrumentos foram administrados em 200 crianças com idades entre 6 e 10 anos. Pela comparação dos indicadores do Pfister entre os grupos, não foram encontradas diferenças em função do aspecto formal, o que é compreensível na medida em que o aspecto formal envolve mais o funcionamento cognitivo do que emocional. Já no que se refere aos indicadores emocionais, as crianças com menor habilidade para lidar com as demandas emocionais cotidianas no HTP apresentaram também indícios de atuar com repressão ou com descargas abruptas das emoções no Pfister. Além disso, foi feita a correlação dos indicadores do Pfister com os do HTP, obtendo-se correlação entre a frequência de branco com os desenhos da casa (r = 0,196, p = 0,042) e da árvore no HTP (r = 0,198, p = 0,040). Segundo as autoras, esse conjunto de resultados reforça que cada um desses métodos tem um estímulo particular e que o examinando tende a se relacionar de modo único com cada um deles.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O INSTRUMENTO E SEU USO (FORÇAS E FRAQUEZAS)

As contribuições de diferentes autores trouxeram, como consequência, a diversidade de interpretações e a dificuldade de se estabelecer critérios para tal. Por essa razão, o HTP é por vezes interpretado a partir de critérios pouco científicos e pautados no senso comum (Borsa, 2010). Mesmo na prática profissional, os psicólogos, comumente, utilizam diferentes materiais sobre interpretação de desenhos e mantêm o conhecimento oriundo do tempo de formação, desconsiderando os critérios de interpretação vigentes e a cientificidade inerente à técnica.

O HTP é uma das técnicas mais questionadas no que se refere a validade e fidedignidade (Anastasi & Urbina, 2000; Cunha, 2000). Por se tratar de uma técnica projetiva gráfica, em que aspectos pessoais são projetados sobre o estímulo do desenho, o HTP permite que o avaliador realize interpretações diante do conteúdo trazido. Em virtude da ambiguidade dos estímulos (desenhos), as respostas são determinadas pelo conteúdo idiossincrático que o indivíduo traz no momento em que é convidado a desenhar (Buck, 2003; Hammer, 1991; Machover, 1967).

No Brasil, embora bastante utilizada, a técnica também apresenta importantes limitações, no que se refere tanto às características psicométricas quanto aos aspectos de aplicação, correção e interpretação. Quanto ao primeiro grupo de problemas, identifica-se a ausência, no manual, de dados referentes a validade e precisão do instrumento junto à população brasileira. As propriedades psicométricas de um instrumento, as aplicações práticas e a frequência de uso atrelada ao valor atribuído pelos usuários conferem *status* a um instrumento psicológico (Villemor-Amaral & Pasqualini-Casado, 2006). O HTP, apesar de se configurar como um dos instrumentos mais ensinados nos cursos de graduação e bastante administrado por psicólogos em suas práticas profissionais (Fensterseifer & Werlang, 2008; Padilha, Noronha, & Fagan, 2007; Paula, Pereira, & Nascimento, 2007), não atende um requisito primordial (evidências de validade e precisão) e, por isso, lança dúvidas sobre o seu caráter científico junto a alguns grupos de profissionais.

De acordo com Cardoso e Villemor-Amaral (2017), é importante que haja estudos referentes às qualidades psicométricas dos instrumentos para que os profissionais possam confiar no material que estão administrando junto aos examinandos. Contudo, afirmam que, quando se trata das técnicas projetivas, o tópico apresenta-se polêmico, tendo em vista a complexidade desse tipo de instrumental no que se refere à coleta de dados e ao sistema de interpretação. Quanto à coleta, pode-se dizer que o caráter idiográfico das técnicas projetivas dificulta o acesso a uma amostra grande, tendo em vista que são administradas, em sua maioria, de modo individual, diferentemente do que acontece nos instrumentos ditos psicométricos. Atrelado a isso, tem-se a dificuldade para avaliação da personalidade em curto espaço de tempo, exigindo alto grau de experiência e treino por parte do pesquisador. No que se refere à interpretação, a premissa do teste projetivo é a livre expressão e é por isso que realizar comparações e estabelecer padrões torna-se complicado (Cardoso & Villemor-Amaral, 2017; Fensterseifer & Werlang, 2008; Lago & Bandeira, 2008; Villemor-Amaral, 2006). Devido a essas especificidades, não se pode exigir das técnicas projetivas o mesmo rigor em termos de validade e precisão dos instrumentos psicométricos (Fensterseifer & Werlang, 2008).

Apesar das dificuldades em se atender esses critérios de cientificidade propostos, Miguel (2014) aponta que é possível identificar, no Brasil, uma extensa produção científica indicando

características psicométricas adequadas dos instrumentos projetivos. Corroborando, Cardoso e Villemor-Amaral (2017) afirmam que o Rorschach, por exemplo, busca atender os critérios de cientificidade fundamentados na psicometria, nas teorias da medida e em normas estatísticas. Isso indica que é possível falar em rigor psicométrico quando se trabalha com métodos projetivos. A ausência de estudos que apontem a validade e a precisão do HTP não se justifica pela sua característica projetiva. Nesse sentido, questionam-se os reais motivos que justificam o fato de um teste tão utilizado pelos psicólogos ser, ao mesmo tempo, tão carente de estudos que atestem sua validade.

Problemas no que se refere às propriedades psicométricas dos testes gráficos, como o HTP, também são citados na literatura internacional, o que levanta dúvidas, segundo Vass (1998), sobre o valor desse tipo de instrumental. Podem ser encontrados, de acordo com ele, diversos estudos com informações contraditórias a respeito do significado de determinados itens e da relação deles com patologias específicas. Por um lado, essa discrepância reforça a ideia de que a avaliação de itens isolados é pouco produtiva, devendo o profissional interpretar os padrões de forma não mecânica e estereotipada. Por outro, levanta a questão do quanto esse tipo de técnica depende da percepção do examinador e da sua leitura acerca dos padrões identificados.

Outro problema no que se refere aos aspectos psicométricos é a ausência de estudos de normatização em amostras brasileiras. De acordo com Silva (2008), os desenhos realizados no HTP permitem ao clínico comparar a produção de um indivíduo em particular com a de outros da mesma idade e com o mesmo *status* socioeconômico. No Brasil, contudo, tal comparação é inviável, já que não há nenhuma pesquisa de normatização que comprove que as hipóteses interpretativas apresentadas no manual sejam condizentes com a população brasileira. De acordo com Pacico (2015), a norma permite comparar a pontuação do avaliando com os resultados de outras pessoas com características semelhantes. Se não foram realizadas pesquisas de normatização no Brasil, infere-se que as características psicopatológicas apontadas no manual não foram verificadas junto à população brasileira, podendo não ser confiáveis. Não há garantias de que os significados atribuídos à população clínica norte-americana sejam os mesmos na realidade brasileira.

Por exemplo, de acordo com Buck (2003), a ausência da chaminé no desenho da casa indica falta de calor no lar. Sabe-se que no Brasil, especialmente em algumas regiões do país, não é comum as casas apresentarem lareira/chaminé. Desse modo, a não representação desse item no desenho pode ser avaliada sob outra perspectiva. Alves (2006) aponta que, em testes gráficos, não é necessário que se façam adaptações quanto à aplicação dos instrumentos, embora deva se ter cuidado com a tradução das instruções. No entanto, segundo ela, devem ser realizados estudos que determinem que características são comuns às amostras nacionais e estrangeiras, a fim de que se possam fazer interpretações corretas. Deve-se levar em conta nesse processo a idade, o sexo e as características que podem estar ligadas a aspectos culturais. A ausência de comprovações empíricas que justifiquem a utilização do HTP na prática profissional e que garantam que as decisões tomadas a partir do resultado fornecido por ele são válidas e confiáveis pode ser considerada um problema sério.

Outro problema que pode ser citado é o sistema de correção do HTP. A Resolução nº 002/2003 do CFP pontua que os procedimentos de aplicação e correção de qualquer teste psicológico devem ser descritos de forma clara nos manuais. Nesse ponto, identifica-se que o manual do HTP apresenta informações pouco objetivas. Por exemplo, no que se refere aos aspectos de proporção, não é indicado nenhum parâmetro para que se considere o desenho

pequeno, médio ou grande. No manual, faz-se referência a um crivo de avaliação que poderia ser utilizado para auxiliar na medição do desenho. No manual norte-americano, trata-se de uma página transparente, com uma espécie de régua horizontal e vertical, que pode ser colocada sobre o desenho para auxiliar na avaliação do tamanho da imagem e dos detalhes. No Brasil, contudo, tal crivo não pode ser devidamente utilizado, pois se trata apenas de mais uma folha do protocolo, não podendo ser colocada sobre os desenhos. Entendemos que um administrador pouco experiente pode ter facilidade para identificar o desenho muito grande ou muito pequeno, mas apresentar dificuldades para classificar o tamanho mediano. A ausência de critérios objetivos para estabelecer o tamanho do desenho pode prejudicar de maneira significativa a interpretação desse indicador. Outro exemplo é o fato de que no manual não há um parâmetro claro para que se considere a quantidade de detalhes como sendo excessiva ou não. Mesmo havendo uma descrição do que seja considerado um detalhe essencial, não essencial e irrelevante, o administrador iniciante pode ter dificuldades para ponderar esse critério de forma objetiva. Entendemos que a supervisão com um psicólogo experiente em técnicas gráficas pode auxiliar o aplicador na elucidação dessas questões, permitindo uma avaliação mais congruente dos desenhos. Contudo, ela não elimina o risco de uma interpretação subjetiva e equivocada dos critérios que não estão devidamente explicitados no manual. Nesse sentido, a supervisão ou a disponibilidade de outros materiais sobre técnicas gráficas não eliminam a necessidade de estar presente no manual uma definição mais clara dos critérios de interpretação.

Identificam-se falhas também no que se refere ao protocolo de interpretação. As perguntas sugeridas pelo autor podem se apresentar confusas. Por exemplo, a pergunta 9 (casa) e 34 (árvore): “Quando você olha para esta casa/árvore, você tem a impressão de que ela está acima, abaixo ou no mesmo nível que você?”. Temos identificado que algumas crianças apresentam dificuldade para compreender essa questão, necessitando de explicações adicionais para responder ao que lhes foi solicitado. Além disso, no protocolo não há espaço para o registro das informações feitas, mostrando-se inadequado nesse aspecto. Também não há espaço para que sejam registradas as informações referentes às pausas, aos comentários ou às rasuras. Obviamente, o examinador pode fazer esse registro em uma outra folha e anexar ao protocolo, mas no manual não fica clara essa possibilidade, tendo em vista que o autor sempre se refere ao protocolo de interpretação como fonte inesgotável de registro.

Além disso, no manual comenta-se a respeito do protocolo de interpretação norte-americano, o qual não é utilizado no Brasil. Mesmo sendo disponibilizada em nota de rodapé, essa informação pode gerar muitas dúvidas nos usuários. Prova disso é que a editora responsável pela comercialização do teste no Brasil precisou lançar uma errata salientando que só se utiliza folha sulfite A4 no contexto brasileiro e não no protocolo norte-americano. Do mesmo modo, a própria folha transparente para medição dos desenhos está presente no manual norte-americano e não no brasileiro, embora seja referida neste último. A mera leitura das informações disponibilizadas no manual pode deixar o leitor com dúvidas, o que contraria a Resolução nº 002/2003 do CFP.

Percebe-se, pois, em relação à atual versão brasileira do manual do HTP, considerável escassez de informações, tanto no que se refere aos critérios para interpretação quanto no que se refere à origem das associações propostas, no protocolo de aplicação, entre os itens dos desenhos e as psicopatologias. O protocolo de interpretação trata-se de uma tentativa de sistematizar a aplicação e criar critérios para a interpretação dos desenhos. Conforme propõe o manual, o protocolo configura-se como um recurso útil para a apreensão das características relevantes dos desenhos, visando a uma interpretação clínica adequada (Buck, 2003). O que se observa,

contudo, é a característica patologizante e reducionista do protocolo (Borsa, 2010), na medida em que vincula as características dos desenhos a indicadores psicopatológicos muito específicos, sem considerar as inúmeras outras variáveis envolvidas e que não podem ser apreendidas por meio da aplicação de um único instrumento. Assim, o protocolo, devido a esse fato, deve ser utilizado, apenas, como um guia de orientação sobre os critérios relevantes a serem considerados.

As informações oriundas do protocolo não devem ser analisadas isoladamente e devem ser combinadas com a história clínica do indivíduo e com dados oriundos de outras fontes, como os instrumentos padronizados, os dados de entrevistas prévias e as informações obtidas por diferentes informantes (Buck, 2003). Tal ressalva se faz necessária na medida em que o objetivo da avaliação psicológica não é rotular e sim compreender o indivíduo, da melhor forma possível, considerando os objetivos específicos das técnicas utilizadas e de acordo com um conjunto de informações disponíveis no momento (Tavares, 2003).

Quanto à interpretação dos desenhos, é importante mencionar que esta precisa ir além do conteúdo gráfico puro e simples. Para tanto, é necessário considerar: a) a análise dos demais fenômenos oriundos da avaliação, quais sejam, os conteúdos gestuais e verbais ocorridos ao longo da aplicação (p. ex., tempo de latência, pausas, uso da borracha, comentários espontâneos e capacidade crítica); b) a associação das informações obtidas pelo HTP a informações oriundas de outras fontes (testes objetivos e projetivos, dados de entrevistas, dados da observação e contato com outros informantes) – conforme propõe o autor no *caput* do protocolo de aplicação; c) o rigor no uso das informações advindas do manual; e d) as interpretações fundamentadas na literatura científica sobre técnicas projetivas gráficas.

O teste HTP tem, assim como as demais técnicas projetivas, um caráter idiossincrático. Em outras palavras, o significado da informação obtida não se fundamenta no desempenho do indivíduo relativo a grupos previamente estabelecidos, mas em seu próprio desempenho, avaliado por métodos independentes (Buck, 2003; Tavares, 2003). Freitas e Cunha (2000) acreditam que algo de muito pessoal se comunica nesse processo do desenho, tendo em vista que a casa, a árvore e a pessoa especificamente desenhadas foram selecionadas no repertório mnêmico do sujeito por terem uma significação simbólica. A esse conjunto de critérios, dá-se o nome de validade clínica, a qual enfatiza o significado singular de um indicador ou de um conjunto de indicadores para um sujeito e seu contexto específico, que inclui o contexto de vida e o contexto da avaliação (Tavares, 2003).

Pelas características do HTP, seu uso é predominantemente clínico. No entanto, não há restrição quanto ao uso em outros contextos, incluindo as organizações, o que é ruim, visto a importância de um olhar mais pormenorizado do indivíduo, o que só é possível na clínica. Villemor-Amaral (2006) afirma que as técnicas projetivas têm um enfoque clínico no qual se observa o paciente na interação com o psicólogo, o qual procura recolher o maior número possível de informações sobre diversos aspectos do universo psíquico do paciente, manifestos no comportamento externo ou não, possibilitando que se chegue a um diagnóstico e se planeje uma intervenção.

De acordo com a referida autora, existem diferenças importantes quando se faz a administração desse tipo de técnica na clínica e em outros contextos. Na clínica, o sujeito está engajado no seu próprio processo e há uma menor possibilidade de respostas dadas com base na desejabilidade social, diferentemente do que acontece nos outros contextos avaliativos, em que a avaliação é compulsória, como, por exemplo, para seleção de pessoal ou retirada de habilitação. Além disso, no contexto clínico, o profissional dispõe de tempo e mantém uma relação de

proximidade com o paciente. Isto é, os dados são produzidos em um contexto amigável e há um acúmulo de informações que permitem respaldar as hipóteses e as conclusões a respeito da pessoa. As respostas dadas servem para compreender melhor uma informação prévia, de modo tal que o raciocínio é integrativo. Nos demais contextos de avaliação, em contrapartida, o teste geralmente é a única fonte de informações, tornando-se, portanto, limitado (Villemor-Amaral, 2009).

Além disso, durante a aplicação coletiva dessa técnica, o que comumente acontece no contexto não clínico, o psicólogo perde inúmeras informações não verbais que são fundamentais para a interpretação. No geral, só é feita a avaliação objetiva das características dos desenhos, sem as informações ricas que o inquérito traz. E mesmo naquelas situações em que a lista com as perguntas é disponibilizada para os examinandos, perde-se a oportunidade de aprofundar as informações pertinentes, de investigar os aspectos obscuros, de tirar dúvidas e assim compreender a vivência do sujeito. Isso significa que apenas no contexto clínico há a possibilidade real de considerar os aspectos que estão muito além do simples conteúdo da resposta (Villemor-Amaral, 2009).

Logo, recomenda-se o uso do HTP no âmbito clínico, justamente porque é nesse contexto que é possível apreender as particularidades e as idiossincrasias do indivíduo avaliado, a partir de informações que dificilmente seriam apreendidas em uma avaliação aplicada ao contexto da seleção de pessoal, por exemplo. Mais especificamente, parece evidente que a aplicação individual é a mais indicada e que a aplicação coletiva não seria recomendada, uma vez que não permite apreender todos os fenômenos ocorridos no campo da aplicação do instrumento. Devido a esse conjunto de características, salienta-se a necessidade de o psicólogo ter uma formação adequada, advinda de treinamento e prática supervisionada.

O HTP não deve ser considerado como um instrumento único em um processo diagnóstico que vise a avaliar aspectos da personalidade de um indivíduo. O que vem ocorrendo frequentemente é o movimento de avaliar os resultados do HTP isoladamente, sem agregar informações adicionais e sem considerar a necessidade de um conhecimento mais profundo sobre o sujeito, contrariando as próprias recomendações do autor do instrumento (ver Buck, 2003). Nesse sentido, recomenda-se que o teste HTP seja utilizado como um recurso útil para indicar caminhos no processo de investigação realizado *a posteriori*, discriminando características bizarras mais salientes e servindo como um complemento para corroborar informações advindas de fontes adicionais relacionadas a maturidade e integração da personalidade do indivíduo.

Considerando-se que o manual do HTP tem uma rica sustentação em estudos idiográficos, acredita-se que o caminho para ampliar a credibilidade do ponto de vista científico seja investir em pesquisas nomotéticas. Seria interessante um amplo estudo das variáveis do HTP, verificando quais atendem os critérios mínimos de cientificidade com o objetivo de mantê-las como critérios de análise e excluir as variáveis com baixos índices de consistência. Concomitante a isso, seria preciso estabelecer critérios mais objetivos para a classificação dos desenhos, tais como especificar o tamanho considerado grande ou pequeno, proporções aceitáveis às partes da casa, da árvore e da pessoa e descrever de forma mais clara alguns dos indicadores descritos no manual que são interpretados de diferentes modos.

Defende-se ainda que se invista em estudos de concordância e correlação entre as respostas fornecidas por diferentes avaliadores para identificar se os critérios especificados atingem os valores mínimos sugeridos de consistência entre avaliadores, bem como em estudos de estabilidade temporal (correlação teste-reteste) com amostra de adultos. Análises estatísticas,

como Índice Kappa (Cohen, 1960), Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) (Haggard, 1958) e Índice de Validade de Conteúdo do Item (IVC) (Lynn, 1986), são algumas das possibilidades de análise para avaliação da concordância entre avaliadores.

Além disso, sugere-se que sejam realizados estudos de evidência de validade, buscando verificar em que grau os indicadores realmente avaliam o que se propõem a medir. Entre estes destaca-se a relevância de estudos com grupos contrastantes, em especial entre grupos psicopatológicos e não patológicos, já que o HTP atualmente é muito utilizado na identificação de indícios de psicopatologia; de estudos comparando crianças com diferentes faixas etárias visando a verificar a influência de aspectos relacionados a idade; e de estudos que correlacionem o HTP com instrumentos que avaliam características relacionadas.

Por fim, defende-se também que sejam criadas tabelas normativas que possibilitem identificar quais itens são mais ou menos frequentes em função da idade ou do desenvolvimento. Esse tipo de estudo é bastante complexo e poderia contribuir para a diferenciação do que é esperado em cada fase do desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo teve por objetivo apresentar algumas características relacionadas ao teste da casa-árvore-pessoa (HTP), criado por J. Buck. É um instrumento bastante ensinado e utilizado no Brasil, nos contextos clínico e não clínico, devido ao seu baixo custo e simplicidade da tarefa. Contudo, identificam-se poucas pesquisas que comprovem a validade e precisão do instrumento junto à população brasileira. Além disso, não há normas para o Brasil, o que pode levantar questionamentos acerca da qualidade e da veracidade das informações apresentadas.

Entende-se que existem dificuldades para alcançar os mesmos padrões que são impostos para os instrumentos considerados objetivos, mas a ausência de dados psicométricos é problemática. Se a proposta é manter uma visão mais objetiva relacionada aos aspectos formais do desenho, esses dados precisam estar mais claros, isto é, os critérios tomados para indicar uma determinada característica de personalidade têm de ser especificados. Atualmente, as técnicas de coleta e análise de dados estão bastante avançadas, e não se pode mais admitir que os testes psicológicos, psicométricos ou projetivos/expressivos sejam desenvolvidos e utilizados à revelia de todo esforço científico para a melhoria dessas ferramentas.

Do ponto de vista da aplicação do instrumento, é importante salientar que qualquer objetividade proposta não isenta o avaliador da necessidade de um olhar mais aprofundado dos aspectos projetivos da personalidade, a partir de uma perspectiva idiossincrática profundamente amparada pelo domínio teórico. Nesse sentido, devem ser investigados os significados atribuídos a essas características pelos participantes para que se possa entender de que forma ele se colocou ou deixou sua marca no papel. Tanto os aspectos objetivos quanto os projetivos devem ser mais bem estudados e apresentados ao usuário do instrumento.

REFERÊNCIAS

Albornoz, A. C. G. (2011). *Desenho da Figura Humana: indicadores de abandono, abuso sexual e abuso físico em crianças*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Alvez, I. C. B. (2006). Considerações sobre a validade e precisão nas técnicas projetivas. In A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos, & F. F. Sisto (Orgs.). *Facetas do fazer em avaliação psicológica* (pp. 173-190). São Paulo: Vetor.

Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Arteche, A. X. (2006). *Indicadores emocionais do Desenho da Figura Humana: construção e validação de uma escala infantil*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Arteche, A. X., & Bandeira, D. R. (2006). O desenho da figura humana: revisando mais de um século de controvérsias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 22*(2), 133-155.

Bandeira, D. R., Costa, A., & Arteche, A. (2008). Estudo de validade do DFH como medida de desenvolvimento cognitivo infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica. 21*(2), 332-337.

Bandeira, D. R., Trentini, C. M., Winck, G. E., & Lieberknecht, L. (2006). Considerações sobre as técnicas projetivas no contexto atual. In A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos, & F. F. Sisto (Orgs.), *Facetas do fazer em avaliação psicológica* (pp. 125-139). São Paulo: Vetor.

Borsa, J. C. (2010). Considerações sobre o uso do Teste da Casa-Árvore-Pessoa – HTP. *Avaliação Psicológica*, *9*(1), 151-154.

Borsa, J. C., & Bauermann, M. (2013). O Desenho da Figura Humana na avaliação da agressividade infantil. *Avaliação Psicológica*, *12*(2), 273-274.

Buck, J. N. (1948). The H-T-P test. *Journal of Clinical Psychology, 4*(2), 151-159.

Buck, J. N. (2003). *H-T-P: Casa – Árvore – Pessoa. Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação.* São Paulo: Vetor.

Campos, D. M. S. (1998). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico de personalidade*. Rio de Janeiro: Vozes.

Cardoso, L. M., & Villemor-Amaral, A. E. (2017). Critérios de cientificidade dos métodos projetivos. In M. R. C. Lins, & J. C. Borsa (Orgs.), *Avaliação Psicológica: aspectos teóricos e práticos*. Petrópolis: Vozes.

Cardoso, L. M., & Pasian, S. R. (2015). Técnicas gráficas para avaliação emocional de crianças. In M. C. R. Silva, J. M. Montiel, G. A. Fiamenghi Jr., & D. Bartholomeu (Orgs), *Técnicas gráficas aplicadas à Educação e à Saúde* (pp.15-30). São Paulo: Memnon.

Cohen, J. A. (1960). Coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, *20*, 37-46.

Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução CFP nº 002/2003*. Brasília.

Cunha, J. (2000). *Técnicas projetivas gráficas: Por que sim? Por que não?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Diniz, D. P., Romano, B. W., & Canziani, M. E. F. (2006). Dinâmica de Personalidade de Crianças e Adolescentes Portadores de Insuficiência Renal Crônica Submetidos à Hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, *28*(1), 31-38.

Engle, P., & Suppes, J. (1970). The relation between Human Figure Drawing and test anxiety in children. *Journal of Projective Techniques & Personality Assessment, 34*, 223-231.

Farah, F. H. Z., Cardoso, L. M., & Villemor-Amaral, A. E. (2014). Precisão e validade do Pfister para avaliação de crianças. *Avaliação Psicológica*, *13*(2), 187-194.

Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. G. (2008). Apontamentos sobre o status científico das técnicas projetivas. In A. E. Villemor-Amaral, & B. S. G. Werlang (Orgs.), *Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica* (pp. 15-33). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Franco, R. R. C. (2012). Estudo de caso pelo método fenômeno-estrutural. *Avaliação Psicológica*, *11*(3), 347-360.

Freitas, N. K., & Cunha, J. A. (2000). Desenho da Casa, Árvore e Pessoa (HTP). In J. A. Cunha. *Psicodiagnóstico V* (pp. 519-527). Porto Alegre: Artmed.

Fujii, C., Okada, A., Akagi, T., Shigeyasu, Y., Shimauchi, A., Hosogi, M., ... & Morishima, T. (2016). Analysis of the synthetic house-tree-person drawing test for developmental disorder. *Pediatrics International*, *58*, 8-13.

Garb, H., Wood, J., Lilienfeld, S., & Nezworski, M.T. (2002). Effective use of projective techniques in clinical practice: Let the data help with selection and interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, *33*(5), 454-463.

Goodenough, F. (1974). *Test de inteligência infantil por medio del dibujo de la figura humana* (7a ed.). Buenos Aires: Paidós.

Groth-Marnat, G., & Roberts, L. (1998). Human Figure Drawings and House Tree Person Drawings as Indicators of Self-Esteem: a quantitative approach. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(2), 219–222.

Haggard, E. A. (1958). *Intraclass correlation and the analysis of variance*. New York: Dryden Press.

Hammer, E. F. (1954). Guide for qualitative research with the H-T-P. *The Journal of General Psychology*, *51,* 41-60.

Hammer, E. F. (Org.). (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro: Interamericana.

Hazin, I., Frade, C., & Falcão, J. T. R. (2010). Autoestima e desempenho escolar em matemática: contribuições teóricas sobre a problematização das relações entre cognição e afetividade. *Educar, 36*, 39-54.

Jacob, A. V., Loureiro, S. R., Marturano, E. M., Linhares, M. B. M., & Machado, V. L. S. (1999). Aspectos afetivos e o desempenho acadêmico de escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *15*(2), 153-162.

Kato, D., & Suzuki, M. (2015). Relationships among human figures drawn by Japanese early adolescents: Applying the Synthetic House-Tree-Person Test. *Social Behavior and Personality*, *43*(1), 157-176.

Kato, D., & Suzuki, M. (2016a). Developing a scale to measure total impression of synthetic

house-tree-person drawings. *Social Behavior and Personality*, *44*(1), 19-28.

Kato, D., & Suzuki, M. (2016b). Personality Traits and the Expression Area of Synthetic House-Tree-Person Drawings in Early Adolescent Japanese. *Psychological Thought*, *9*(1), 67–74.

Koppitz, E.M. (1984). *El dibujo de la figura humana em los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.

Lago, V.M., & Bandeira, D.R. (2008). As práticas em avaliação psicológica envolvendo disputa de guarda no Brasil. *Avaliação Psicológica, 7*(2), 223-234.

Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, *35*, 382-385.

Machover, K. (1967). O traçado da Figura Humana: um método para o estudo da personalidade. In H. H. Anderson, & G. L. Anderson (Orgs.), *Técnicas projetivas do diagnóstico psicológico* (pp. 345-370). São Paulo: Mestre Jou.

Malgarim, B. G., & Benetti, S. P. C. (2011). O abuso sexual: estudos de casos em cenas incestuosas. *Estudos de Psicologia*, *28*(4), 511-519.

Marzolf, S. S., & Kirchner, J. H. (1972) House-Tree-Person Drawings and Personality Traits. *Journal of Personality Assessment*, *36*(2), 148-165.

Merari, A., Diamant, I., Bibi, A., Broshi, Y., & Zakin, G. (2010). Personality Characteristics of ‘‘Self Martyrs’’/‘‘Suicide Bombers’’ and Organizers of Suicide Attacks. *Terrorism and Political Violence, 22*(1), 87–101.

Miguel, F. K. (2014). Mitos e verdades no ensino de técnicas projetivas. *PsicoUSF*, *19*(1), 97-106.

Munhóz, M. A., & Ortiz, L. C. M. (2006). Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar. *Educação*, *29*(1), 65-83.

Nunes, M. L. T., Teixeira, R. P., Feil, C., & Paniagua, R. (2012). O desenho da figura humana: uma perspectiva histórica. In S. M. Wechsler, & T. De C. Nakano (Orgs), *O desenho infantil: forma de expressão cognitiva, criativa e emocional.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina*, *39*(3), 353-360.

Pacico, J. C. (2015). Normas. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Orgs), *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed.

Padilha, S., Noronha, A.P.P., & Fagan, C. Z. (2007). Instrumentos de avaliação psicológica: uso e parecer de psicológicos. *Avaliação Psicológica*, *6*(1), 69-76.

Palmer, L., Farrar, A. R., Valle, M., Ghahary, N., Panella, M., & DeGraw, D. (2000). An investigation of the clinical use of the House-Tree-Person projective drawings in the psychological evaluation of child sexual abuse. *Child Maltreatment*, *5*(2), 169-175.

Paula, A. V., Pereira, A. S., & Nascimento, E. (2007). Opinião de alunos de psicologia sobre o ensino em avaliação psicológica. *Psico-USF*, *12*(1), 33-43.

Pereira, E., Menegatti, C., Percegona, L., Aita, C. A., & Riella, M. C. (2007). Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *59*(1), 62-71.

Peres, R. S. (2003). O desenho como recurso auxiliar na investigação psicológica de crianças portadoras de surdez. *PSIC: Revista de Psicologia da Vetor Editora*, *4*(1), 22-29.

Peres, R. S., Santos, M. A., Rodrigues, A. M., & Okino, E. T. K. (2007). Técnicas projetivas no contexto hospitalar: relato de uma experiência com o House-Tree-Person (HTP). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *23*(1), 41-62.

Retondo, M. F. N. G. (2000). *Teste Projetivo H.T.P (casa – árvore – pessoa).* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rossato, A. L., & Boer, N. (2002). O impacto emocional da hospitalização em crianças de seis a dez anos. *Disciplinarum Scientia*, *3*(1), 145-164.

Salles, A. M. B. (2015). Serial drawing in girls who display oppositional defiant behavior in the classroom. *Acta Colombiana de Psicología*, *18*(2), 75-86.

Sbardelotto, F. C., & Donelli, T. M. S. (2014). Entre bruxas e lobos: o uso dos contos de fadas na psicoterapia de grupo com crianças. *Contextos Clínicos*, *7*(1), 37-48.

Segabinazi, J. D. (2010). *Desenho da Figura Humana: evidências de validade de escalas globais de avaliação*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Serafim, A. P., Saffi, F., Achá, M. F. F., & Barros, D. M. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *38*(4), 143-147.

Silva, F. M. A. M., Silva, S. M. M., Nascimento, M. D. S. B., & Santos, S. M. (2010). Cuidado paliativo: benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas com câncer. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, *30*(1), 168-183.

Silva, J. M. M., & Avelar, T. C. (2014). Crianças em situação de rua e suas representações sobre lar e família por meio do desenho. *Psicologia Argumento*, 32(76), 69-77.

Silva, M. C. R., Fiamenghi, G. A., Jr., Bartholomeu, D., & Montiel, J. M. (2015). Técnicas gráficas: possibilidades de uso nos diversos contextos. In M. C. R. Silva, J. M. Montiel, G. A. Fiamenghi Jr., & D. Bartholomeu (Orgs). *Técnicas gráficas aplicadas à Educação e à Saúde* (pp.7-14). São Paulo: Memnon.

Silva, M. C. V. M. (2008). A técnica da casa-árvore-pessoa (HTP) de John Buck. In A. E. Villemor-Amaral, & B. S. G. Werlang (Orgs.), *Atualizações em Métodos Projetivos para Avaliação Psicológica* (pp. 247-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, M. F. X., & Villemor-Amaral, A. E. (2006). A autoestima no CAT-A e HTP: estudo de evidência de validade. *Avaliação Psicológica*, *5*(2), 205-215.

Silva, V. S. F. (2013). *Proposta de roteiro para investigação de comprometimentos psicológicos em crianças vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Tavares, M. (2003). Validade clínica. *PsicoUSF*, *8*(2), 125-136.

Van Hutton, V. (1994). *House-Tree-Person and Draw-A-Person As Measures of Abuse in Children: A Quantitative Scoring System*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Vass, Z. (1998). The Inner Formal Structure of the H-T-P Drawings: an exploratory study. *Journal of Clinical Psychology*, *54*(5), 611-619.

Villemor-Amaral, A. E. (2000). Técnicas Projetivas: o geral e o singular em avaliação psicológica. In F. F. Sisto, E. T. B. Sbardelini, & R. Primi (Orgs.). *Contextos e Questões da Avaliação Psicológica* (pp. 77-84). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E. (2006). Desafios para a cientificidade das técnicas projetivas. In A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos, & F. F. Sisto (Orgs.). *Facetas do fazer em avaliação psicológica* (pp. 163-171). São Paulo: Vetor.

Villemor-Amaral, A. E. (2009). Métodos projetivos em avaliações compulsórias: indicadores e perfis. In C. S. Hutz (Org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 157-174). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E., & Pasqualini-Casado, L. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *PsicoUSF, 11*(2), 185-193.

Wechsler, S. (2003). *O Desenho da Figura Humana: Avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras.* Campinas: LAMP/PUC.

Yama, M. F. (1990). The usefulness of Human Figure drawings as an index of overall adjustment. *Journal of Personality Assessment, 54*, 78-86.

LEITURAS RECOMENDADAS

Anzieu, D. (1978). *Os métodos projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.

Bekhit, N. S., Thomas, G. V., & Jolley, R. P. (2005). The use of drawing for psychological assessment in Britain: Survey findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *78*, 205-217.

Borsa, J. C., & Muniz, M. (2016). Testagem psicológica com crianças e adolescentes. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug (Orgs), *Psicodiagnóstico* (pp. 238-246). Porto Alegre: Artmed.

Di Leo, J. (1987). *A interpretação do desenho infantil.* (2a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

Grassano, E. (2004). *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Greig, P. (2004). *A Criança e Seu Desenho: O nascimento da arte e da escrita.* Porto Alegre: Artmed.

Mokeyeva, E. V., Zakirova, V. G., & Masalimova, A. R. (2015). Tolerant Pedagogic Space as a Condition of Non-Violence Position Education among Elementary School Pupils. *Review of European Studies*, *7*(4), 216-220.

Rabelo, I. S., Brito, L., & Rego, M. G. S. (2011). Padronização e normatização de testes psicológicos: simplificando conceitos. In R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacanaro, G. A. S. Alves, & I. F. A. S. Leme (Orgs.), *Avaliação Psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia* (pp. 129-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sisto, F. (2005). *O desenho da figura humana – Escala Sisto*. São Paulo: Vetor.

Sisto, F. F., Santos, A. A. A., & Noronha, A. P. P. (2004). Critérios de Integração do Teste de Bender: Explorando Evidências de Validade. *Avaliação Psicológica, 3*(1), 13-20.

Busca realizada em setembro de 2016 pelas autoras do capítulo, utilizando as palavras-chave “teste da casa-árvore-pessoa”, “teste HTP” e/ou “HTP”, nas bases de dados SciELO, PePSIC e LILACS.

17.3

O TESTE DAS PIRÂMIDES COLORIDAS DE PFISTER

Anna Elisa de Villemor-Amaral

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E TEÓRICOS DA TÉCNICA

O teste das Pirâmides Coloridas de Pfister está entre as técnicas para avaliação de características da personalidade consideradas expressivas e não verbais. Foi criado por Max Pfister, em 1950, e desenvolvido por Heiss e Halder (1983) nos anos seguintes. O teste consiste na execução de três pirâmides com quadrículos coloridos. Tarefa simples, rápida e geralmente considerada agradável para a maioria das pessoas, de qualquer faixa etária ou nível cultural, justamente por não envolver perguntas e respostas, baseando-se simplesmente na manipulação de material não estruturado, os quadrículos coloridos.

No Brasil, a primeira publicação sobre esse teste foi feita por Ginsberg (1956), mas as primeiras pesquisas foram realizadas por Villemor-Amaral, na década de 1960 (Villemor-Amaral, 1966, 1978), após retornar da França, onde estudou psicologia e aprofundou-se nos procedimentos de psicodiagnóstico e avaliação psicológica, entre os quais o Rorschach. Nesse período, surgiram outras publicações sobre a técnica, entre elas as de Brant de Carvalho e Cunha (1960), Van Kolk (1967), Bonilha (1968a, 1968b), Falek e Van Kolk (1973) e, depois, o manual de Justo e Van Kolk (1976).

A biografia de Max Pfister (Shede, 1960) revela antes de tudo a personalidade de um artista nascido na Suíça, em 1889, e falecido na cidade de Zurique, em 1958. Tardiamente foi estudar psicologia, movido por seu interesse em compreender as pessoas e sua facilidade para lidar com elas. Antes da psicologia, Pfister estudou arquitetura, mas trabalhou grande parte da sua vida com a dança e com o teatro como coreógrafo, dançarino e cenógrafo. Foi nesse contexto que começou a observar as reações das pessoas às cores, suas escolhas, preferências e aversões e dava grande importância à iluminação que enriquecia os espetáculos de dança que coreografava. Não se tem a informação do quanto Max Pfister conhecia teoricamente as relações entre cor e afeto e o quanto se baseou nas próprias observações, mas é provável que, dado seu interesse pelas artes e também pela literatura, conhecesse a obra de Goethe escrita no século XVIII, mas publicada pela primeira vez na década de 1940, chamada *A doutrina das cores* (Goethe, 1993). Além disso, estudando em um Instituto de Psicologia na Suíça, teria conhecido também o Método de Rorschach, já relativamente bem difundido naquela época.

O teste de Pfister se baseia na escolha de cores e na sua organização sobre o esquema de uma pirâmide. Portanto, o que se avalia é como uma pessoa reage a uma grande quantidade de estímulos coloridos, os quadrículos que compõem o teste e como lida com eles quando tem de executar uma tarefa que envolve escolhas e estruturação de uma resposta – o arranjo das cores sobre o esquema apresentado. A reação à estimulação provocada pelas cores, e a capacidade de responder a elas de modo mais ou menos organizado, é correlata à maneira de lidar com os afetos, uma vez que o processamento de estímulos sensoriais, de um modo geral, varia muito conforme a maturidade emocional e o desenvolvimento cognitivo do indivíduo.

No contexto da avaliação psicológica, foi Herman Rorschach (1967) o primeiro a interpretar as respostas aos estímulos coloridos como representantes do nível de maturidade emocional. Demonstrou que, quanto mais precisa era a forma do objeto percebido em uma área colorida da mancha, maior era a capacidade de controle emocional da pessoa, que estaria pondo em ação mecanismos adaptativos do ego para processar a estimulação sensorial provocada pela cor. Em termos neurológicos, trata-se da transmissão da informação captada pelos órgãos dos sentidos, que atinge primeiramente as áreas subcorticais do cérebro, passando para as áreas corticais, onde

se dá o processamento cognitivo (Le Doux, 1998). Em termos da experiência vivida, trata-se de poder dar sentido lógico e objetivo às diversas sensações.

No teste de Pfister, é a associação entre a percepção das cores e a organização da forma de uma pirâmide que vai expressar o quanto mecanismos de ordem racional ou cognitiva regem as reações provocadas pela cor e, como correlato, pelos afetos. Além do nível de integração entre cor e forma, importam muito as cores escolhidas, suas tonalidades, a sua frequência e a variação dessas escolhas ao longo das três pirâmides.

No que diz respeito à escolha das cores, dois aspectos são importantes para a interpretação de seu significado. Primeiro, há que se considerar que as cores são um fenômeno luminoso e que os raios luminosos, sendo ondas vibratórias com frequências e comprimentos diferentes, têm também propriedades estimulantes de maior ou menor intensidade. Muitos experimentos, em diversos campos do conhecimento e em diferentes momentos da história, já demonstraram que as reações emocionais podem variar conforme as pessoas são expostas a cores diferentes, como foi detalhado nos manuais do teste (Villemor-Amaral, 2005, 2012,2014). No entanto, além das propriedades estimulantes da cor, há aspectos culturais e simbólicos atribuídos a elas, com origens tanto fisiológicas quanto antropológicas ou culturais que também se associam a afetos ou emoções com conotações diferentes (Villemor-Amaral, 2014). Sendo assim, as interpretações atribuídas às cores têm origem tanto nas teorias a respeito do fenômeno cor quanto em pesquisas que buscam evidências de validade para o teste de Pfister, como se verá resumidamente a seguir.

PESQUISAS RECENTES NOS CONTEXTOS CLÍNICO E NÃO CLÍNICO

Nos últimos 10 anos, foram desenvolvidos 20 artigos científicos com o Teste de Pfister, além de dois manuais publicados que incluem os capítulos de Pasian, Barroso e Theodozio (2014), que envolve um estudo de normatização para crianças de 12 a 14 anos, e o capítulo de Resende e Chagas (2014) sobre validade e precisão do teste com crianças de 7 a 12 anos. Entre os artigos científicos, dois são sobre normatização (Bastos-Formighieri, & Pasian, 2012; Villemor-Amaral, Pianowski, & Gonçalves, 2008), o primeiro com uma população de idosos e o segundo com uma amostra do Nordeste, um é uma revisão (Silva & Cardoso, 2012), e quatro são estudos que envolvem a aplicação do Pfister em contextos diversos (Arruda et al., 2015; Franco, 2012; Machado, Zilberstein, Cecconello, & Monteiro, 2008; Oliveira, Santos, Mastropietro, & Voltarelli, 2007). Os 13 restantes constituem estudos de validade e precisão, descritos a seguir.

Cardoso e Capitão (2006) realizaram um estudo correlacional entre o Pfister e o Desenho da Figura Humana (DFH), com o objetivo de buscar correlações entre os indicadores emocionais dos dois testes, em uma amostra de 118 crianças entre 6 e 12 anos, de ambos os sexos. Os resultados apontaram correlações significativas, trazendo novas evidências de validade para o Pfister.

Também Cardoso e Capitão (2007) compararam o desempenho no Pfister de crianças de 6 a 12 anos, surdas e ouvintes. A amostra foi composta de 81 crianças surdas e 37 ouvintes. Entre as surdas, compararam também o tipo de comunicação aprendido. Encontraram diferenças nos resultados do Pfister, que indicaram maiores níveis de ansiedade entre as crianças surdas.

Em um estudo de validade concorrente entre o Zulliger e o Pfister, não foram encontradas as correlações esperadas entre as duas técnicas. Entretanto, observamos que, ao se avaliar os casos clinicamente, os dois testes traziam informações complementares e não divergentes, o que é compatível com dados de literatura a respeito de correlações entre técnicas chamadas projetivas (Franco & Villemor-Amaral, 2009).

Tawamoto e Capitão (2010) verificaram a validade do Pfister para uso no contexto do trânsito. Para isso compararam os resultados de 50 indivíduos infratores com 50 não infratores e encontraram dois indicadores de irritabilidade e de vivência de conflito interno com valores mais aumentados nos infratores.

A validade incremental do Pfister e do Zulliger foi investigada no contexto da dependência de drogas. Foram avaliados 20 pacientes em clínicas de recuperação, e os resultados demonstraram coerência entre as informações geradas pelos instrumentos, indicando que a associação do Zulliger e do Pfister, no caso interpretados pelo método da psicopatologia fenômeno-estrutural, mostraram-se importantes para conhecer as vivências de espaço e tempo dos sujeitos (Franco & Villemor-Amaral, 2012).

Um estudo de evidências de validade para o Pfister aplicado em crianças e jovens de ambos os sexos demonstrou diferenças significativas em indicadores de desenvolvimento e maturidade, quando compararam 85 crianças divididas em grupos de 6 e 12 anos (Villemor-Amaral, Pardini, Tavela, Biasi, & Migoranci, 2012).

Capitão, Lopes, Silva e Adib (2007) tiveram por objetivo buscar evidências de validade para o Pfister na identificação de sintomas de depressão em uma amostra de 50 adolescentes entre 14 e 17 anos, relacionando-o com o Inventário Beck de Depressão. Observaram que o grupo

considerado de depressivos apresentou diferenças significativas em relação ao grupo de não depressivos no que diz respeito ao aumento das tonalidades mais impregnadas de preto.

Em outro estudo, foram comparados indicadores de maturidade emocional FC, CF e C no Zulliger com o aspecto formal nas pirâmides de Pfister, de 60 crianças de escolas públicas de São Paulo, metade com 6 anos e outra com 12 anos. Os dados encontrados demonstram que o Pfister é sensível para identificar o desenvolvimento cognitivo em grupos de crianças e adolescentes por meio dos aspectos formais Tapetes e Estruturas, mas, contrariamente ao esperado, o determinante C no Zulliger teve correlação com as estruturas no grupo mais velho, o que deveria impulsionar novos estudos para verificar essa questão (Villemor-Amaral & Quirino, 2013).

Nogueira (2013) teve como objetivo analisar os níveis de depressão e de ansiedade em alunos universitários. A amostra foi composta de 20 alunos que se submeteram às Escalas Beck de Depressão e de Ansiedade e ao Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. O autor encontrou escores moderados ou graves de ansiedade em 40% da amostra e afirmou que a análise do Teste de Pfister apontou um grau de ansiedade que pode comprometer o equilíbrio interno e resultar em reações impulsivas, além de diminuir a capacidade de produção.

Evidências de validade e de precisão do Pfister na avaliação de crianças foram apontadas ao se comparar o desempenho de 200 crianças entre 6 e 10 anos (Farah, Cardoso, & Villemor-Amaral, 2014). A amostra foi dividida em dois grupos extremos quanto à presença ou à ausência de indicadores de dificuldades emocionais nos desenhos do HTP, e os resultados apontaram diferenças significativas na dupla vermelho e marrom nas crianças com mais problemas. A precisão foi verificada por meio da concordância entre avaliadores, que se mostrou satisfatória.

A expressão da criatividade foi estudada a partir de uma amostra de 56 crianças divididas em dois grupos extremos, tendo como base os resultados do teste de criatividade figural infantil. Foi observado que as crianças mais criativas têm aumento da síndrome de estímulo, que indica energia, abertura para novas experiências e interesse em produzir (Villemor-Amaral, Tavella, Cardoso, Biasi, & Pavan, 2014).

Villemor-Amaral e colaboradores (2015) compararam o desempenho de meninas e meninos, bem como de mulheres e homens, quanto à frequência das cores vermelho e azul e suas tonalidades, a fim de verificar influências culturais no seu uso. Encontraram diferenças significativas nas suas frequências em uma amostra total de 734 participantes divididos por sexo e idade. As participantes do sexo feminino demonstraram preferência por tons mais claros, culturalmente associados à feminilidade, e os participantes do sexo masculino, por tons mais escuros. Ao mesmo tempo, observaram aumento de tonalidades mais claras por meninos quando comparados com homens e de tonalidades mais escuras por meninas em relação às mulheres. Concluíram que estereótipos culturais interferem na escolha de cores e podem dar suporte à interpretação de alguns resultados (Villemor-Amaral et al., 2015).

Finalmente, em uma pesquisa para verificar a estabilidade de teste e reteste, participaram 25 estudantes universitários do sexo masculino. No estudo, o reteste ocorreu cinco meses após o teste. Como esperavam, a frequência das cores mostrou-se variável de uma situação para outra, mas o mesmo não ocorreu com o aspecto formal e com a fórmula cromática que obtiveram bons níveis de estabilidade. Os resultados se justificam uma vez que o teste avalia a dinâmica emocional do indivíduo, composta por estados relativamente transitórios, em uma dinâmica que envolve também aspectos mais estruturais. Porém, os autores concluem que novos estudos, com amostras maiores, precisam ser feitos.

Os estudos citados somam-se aos anteriormente publicados por ocasião da primeira edição do manual (Villemor-Amaral, 2005), que possibilitaram sua aprovação pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Entretanto, é importante destacar que essas investigações têm origem em poucos grupos de pesquisas e que, como outras técnicas expressivas ou projetivas, o Pfister ainda requer mais estudos que demonstrem sua validade nos diversos contextos em que tem sido usado. No contexto clínico, é bom lembrar, existem diversos fatores paralelos, como o histórico da pessoa, a relação com o examinador, entrevistas e outros testes que ajudam a dar melhor sentido interpretativo para o resultado de cada técnica empregada. Porém, em contextos não clínicos, sobretudo o de avaliações compulsórias, em que este teste tem sido usado, são necessárias mais investigações sobre suas qualidades psicométricas, garantia da validade e confiabilidade dos dados obtidos.

DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

Como já mencionado, o teste consiste em executar três pirâmides com quadrículos coloridos. O material do teste é composto por três cartões com o esquema de uma pirâmide, formada por 15 espaços a serem preenchidos com os quadrículos. O registro do trabalho executado é feito pelo examinador em uma folha de protocolo, que servirá depois para a análise dos dados. Um jogo de quadrículos coloridos, composto por 10 cores e 24 tonalidades, contendo 50 quadrículos de cada tonalidade, é disposto em cima da mesa, de modo aleatório, e com eles a pessoa deve fazer suas pirâmides, sobrepondo os quadrículos sobre os espaços do esquema.

As aplicações são feitas individualmente, e o examinador observa e anota o trabalho do examinando à medida que executa o teste. As instruções são bastante simples e consistem em dizer:

> Aqui temos uma grande quantidade de papeizinhos com cores e tonalidades diversas (nesse momento é que abre a caixa contendo os quadrículos e despeja-os sobre a mesa, misturando-os levemente) e aqui temos o esquema de uma pirâmide (mostrar apenas o primeiro cartão). Cobrindo-se os espaços da pirâmide, obtém-se uma pirâmide colorida. Você deve fazer sua pirâmide usando as cores que quiser, pode trocar ou substituir à vontade, até que a pirâmide fique do seu gosto, fique bonita para você. Alguma dúvida? Então, pode começar.

Note que, ao dar as instruções, não se diz que a pessoa fará três pirâmides e somente após ela terminar a primeira é que se pedirá a segunda e depois a terceira. Cada pirâmide finalizada é coberta para que o examinando não a veja enquanto faz as seguintes. Após realizada a tarefa, é feito um inquérito no qual o psicólogo apresenta as três pirâmides, na sequência em que foram feitas, da esquerda para a direita, e diz:

> Aqui estão as três pirâmides que você fez. Diga-me qual delas você acha que ficou mais bonita? E qual ficou menos bonita? Geralmente qual é a cor de que você mais gosta? Qual é a cor de que menos gosta? E aqui, entre essas cores do teste, qual é a de que mais gostou e qual é a de que menos gostou?

Essas perguntas, realizadas no final, permitirão que a pessoa comente seu trabalho e diga as impressões que teve sobre ele, o que contribuirá para a interpretação dos resultados.

Registro dos dados

Como qualquer teste projetivo, expressivo ou de desempenho, o comportamento da pessoa ao realizar a tarefa é tão importante quanto o resultado final. O registro deve ser feito na medida em que o trabalho vai sendo executado e não se pode deixar para anotar simplesmente o aspecto final da pirâmide, pois a maneira como ela é construída importará na análise. Sendo assim, cada cor selecionada e o local onde foi colocada sobre o esquema devem ser registrados sequencialmente, bem como as eventuais trocas que ocorrerem, ao mesmo tempo em que se anotam comentários ou ações peculiares do examinando. Cada cor tem um código e cada espaço do esquema também.

OS DIVERSOS ASPECTOS DA ANÁLISE E DA INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Além dos aspectos comportamentais a respeito do interesse na realização da tarefa, do engajamento na situação de exame e da relação com o examinador, serão analisados - separadamente quatro conjuntos de informações, as quais depois deverão ser integradas para a conclusão final.

- **Modo de colocação e processo de execução:** o modo de colocação indica a maneira como a pessoa distribui as cores sobre o esquema, que direção segue, se de baixo para cima, da esquerda para a direita e assim por diante. Já o processo de execução remete à maneira como a pessoa repete ou varia seu modo de colocação dos quadrículos a cada pirâmide feita. Esses itens da análise favorecem o entendimento do estilo de trabalhar da pessoa e em que medida esse estilo pode ser afetado por alterações emocionais ou, eventualmente, de ordem neurológica. O desempenho revela estilos de comportamento e de tomadas de decisão.
- **Frequência das cores e suas combinações em duplas e síndromes:** cada cor, bem como suas tonalidades, tem significados próprios que levam em conta os dados normativos. Assim, a frequência com que cada cor é usada no teste é comparada com as frequências normativas de modo que o aumento ou a diminuição em relação à norma terão significados próprios. A seguir, analisam-se certas combinações de cores que têm um significado enquanto combinação, que ultrapassa o significado das cores isoladamente. Para a interpretação das cores, de acordo com os dados indicados nos manuais, é importante repetir que, como dito anteriormente, a natureza do fenômeno físico, cor, envolve qualidades estimulantes sobre os órgãos responsáveis pela visão, que também se associam a conotações culturais e simbólicas e provocam atração ou rejeição por parte das pessoas. Os manuais disponíveis trazem interpretações mais detalhadas a esse respeito, mas em linhas gerais as cores podem ser agrupadas em frias, quentes ou neutras, de modo que, como conjunto, refletem estados de calma e controle, agitação e impulsividade ou fuga e negação do estímulo, respectivamente. Além disso, comentários feitos no inquérito, que faz parte do procedimento de aplicação do teste, podem ajudar a compreender os significados simbólicos dados pela pessoa, em um plano de análise mais idiográfico, que complementam as interpretações com bases normativas.
- **Aspecto formal:** as pirâmides assumem uma configuração final que pode variar bastante no grau de organização e na elaboração do arranjo. Algumas pessoas podem se preocupar apenas com cores e suas combinações, mas outras levarão em conta a forma da pirâmide e suas características estruturais, ora dando mais importância para a cor, ora para a forma. Existem várias categorias de classificação do aspecto formal de cada pirâmide, que se distribuem em três grandes grupos: 1) os Tapetes, nos quais não há preocupação com a forma ao fazer a pirâmide; 2) as Formações, em que as cores são distribuídas, levando-se em conta a organização em camadas do esquema; e 3) as Estruturas, em que as dimensões horizontal e vertical da figura, ou seja, camadas e colunas, regem a distribuição das cores. As diferenças na interpretação de cada tipo de forma indicam o grau de elaboração e participação de processos cognitivos na realização do trabalho. De modo geral, quanto mais elaborada a forma, maior o processamento cognitivo e menores, portanto, a impulsividade e o descontrole.

Entretanto, uma pessoa pode fazer cada uma das três pirâmides com formas diferentes e, nesses casos, será mais importante observar a sequência em que as formas foram sendo elaboradas do que a predominância de um tipo sobre o outro. Fazer uma primeira pirâmide bem organizada e a última com bem menos organização é diferente de seguir o sentido inverso, no qual a pessoa melhoraria a elaboração formal no decorrer do teste. Finalmente, deve-se levar em conta a combinação das cores com a forma e dar um sentido próprio a essa combinação. Por exemplo, fazer uma pirâmide bem organizada na qual predominam cores frias, mas perder a qualidade formal quando trabalha com as cores mais quentes e estimulantes pode ser um dado interessante.

- **Fórmula cromática e variação de cores e matizes:** essas fórmulas vão indicar a amplitude de escolha de cores e a constância com que são escolhidas ao longo da execução das três pirâmides. Algumas pessoas usam poucas cores, mas essas são constantes no teste como um todo. Por exemplo, usar só três cores no total e as mesmas nas três pirâmides ou usar muitas cores e variar bastante suas escolhas de uma pirâmide para outra. Existem nove categorias de fórmulas que combinam a amplitude e a constância na escolha de cores. Quando se analisa a variação de cores e de matizes, verifica-se, adicionalmente, se a amplitude de cores escolhidas é baixa, mas a pessoa varia bastante os matizes de cada cor, ou se os matizes de cada cor não são tão explorados ao construir a pirâmide. Desse modo, além de considerar a frequência das cores, comparando-as com dados normativos, considera-se também o quanto uma cor se mantém presente ao executar o conjunto de três pirâmides, levando em conta sua quantidade, bem como sua constância ou estabilidade. Por exemplo, é diferente usar as mesmas cores nas três pirâmides do que em cada pirâmide usar cores diferentes. Nesse sentido, verifica-se quantas e quais são as cores constantes, quantas e quais as cores que variam ou, ainda, quantas e quais são as que foram omitidas.

A síntese final dos resultados deve integrar de modo dinâmico os significados de cada indicador destacado na análise, conforme os tópicos expostos. Essa integração deve ser feita levando-se em conta o motivo da avaliação, o contexto e quem terá acesso aos resultados garantindo-se o rigor ético no uso de instrumentos de avaliação psicológica.

ALCANCES E LIMITES DA TÉCNICA

Como técnica expressiva ou projetiva, os dados dependem do desempenho da pessoa ao realizar, de modo relativamente livre, determinada tarefa. Por não envolver respostas certas ou erradas e por resultar em produções absolutamente únicas em cada sujeito, a verificação de suas qualidades psicométricas demanda estratégias estatísticas mais complexas, mas viáveis. Entretanto, as pesquisas realizadas até o momento, embora tragam indicadores que permitem o uso da técnica com certo nível de segurança, ainda necessitam de mais reforços. Como já mencionado, em contextos clínicos, nos quais se tem acesso a múltiplas fontes de informação sobre o sujeito, o uso de técnicas chamadas projetivas, expressivas ou de desempenho enriquece muito a qualidade da avaliação psicológica realizada, com informações complementares, ou mesmo contrastantes, valiosas para a compreensão do conjunto de dados. Em contextos não clínicos, nos quais a perspectiva nomotética tem destacada relevância, quanto maior for a quantidade de evidências de validade para as interpretações dadas, melhores as chances de fazer avaliações precisas e que expressem melhor a realidade da pessoa avaliada. Assim também é com o Pfister, que representa ainda um campo amplo a ser muito explorado.

REFERÊNCIAS

Arruda, B. P., Akamatsu, P. Y. F., Xavier, A. P., Costa, R. C. V., Oliveira-Alonso, G. S., & Madaleno, I. M. P. (2015). Traumatismo crânio encefálico e suas implicações cognitivas e na qualidade de vida. *Acta fisiátrica*, *22* (2), 55-59.

Bastos-Formighieri, M. S., & Pasian, S. R. (2012). O Teste de Pfister em idosos. *Avaliação Psicológica*, *11*(3), 435-448.

Bonilha, L. C. (1968a). Confronto entre os dados do Psicodiagnóstico de Rorschach e o Teste das Pirâmides Coloridas. *Revista de Psicologia Normal e Patológica, XIV,* (1-2), 48-66.

Bonilha, L. C. (1968b). Contribuição à fundamentação do Teste das Pirâmides Coloridas de Max Pfister. *Revista de Psicologia Normal e Patológica, XIV,* (1-2), 82-90.

Brant de Carvalho M. R., & Cunha, A J. A (1960). Um estudo comparativo entre as pirâmides Coloridas de Pfister e o Psicodiagnóstico de Rorschach. *Anais do Congresso Interamericano de Psicologia*, Rio de Janeiro, 6.

Capitão, C. G., Lopes, F. L., Silva, M. A., & Adib S. A. (2012). O teste de Pfister e indicadores de depressão em adolescentes: evidências de validade. *Encontro: Revista de Psicologia, 15*(23), 59-72.

Cardoso, L. M., & Capitão, C. G. (2006). Estudo correlacional entre o Teste de Pfister e o Desenho da Figura Humana. *Psico-USF, 11*(2), 157-166.

Cardoso, L. M., & Capitão, C. G. (2007). Avaliação psicológica de crianças surdas pelo Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Psico-USF*, *12*(2), 245-254.

Falek, J., & Van Kolck, T. (1973). Uma tentativa de avaliação da inteligência através do Teste de Pfister. *Boletim de Psicologia* (25), 47-56.

Farah, F. H. Z., Cardoso, L. M., & Villemor-Amaral, A. E. (2014). Precisão e validade do Pfister para avaliação de crianças. *Avaliação Psicológica, 13*(2), 187-194.

Franco, R. R. C., & Villemor-Amaral, A. E. (2009). Validade Concorrente Entre Provas De Personalidade: Zulliger-SC e Pfister. *Revista Psicologia e Saúde, 1*(1), 50-59.

Franco, R. R. C. (2012). Estudo de caso pelo método fenômeno-estrutural. *Avaliação Psicológica, 11*(3), 347-360.

Franco, R. R. C., & Villemor-Amaral, A. E. (2009) Validade incremental do Zulliger e do Pfister no contexto da toxicomania. *Psico-USF, 17*(1), 73-83.

Ginsberg, A. M. (1956). O Teste das Pirâmides de Cores – sua validade e precisão. *Boletim de Psicologia,* (36), 342-354.

Goethe, J. W. (1993) *Doutrina das Cores*. São Paulo: Nova Alexandria.

Heiss, R., & Halder, P. (1983). *O Teste das Pirâmides de Cores.* (3a ed.). São Paulo: Vetor.

Justo, H., & Van Kolk,T. (1976). *O teste das Pirâmides de Cores*. São Paulo, Vetor.

Le Doux, J. (1998) *O cérebro Emocional*. São Paulo: Objetiva.

Machado, C. E., Zilberstein, B., Cecconello, I., & Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia digestiva, São Paulo, 21*(4),

185-191.

Nogueira, T. G. (2013). O teste de Pfister na avaliação de depressão e ansiedade em universitários: evidências preliminares. *Boletim de Psicologia, 63*, 11-21.

Oliveira, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., & Voltarelli, J. C. (2007). Repercussão Psicológica do transplante de medula óssea. *Psicologia Ciencia e Profissão, 27*(3), 430-445.

Pasian, S. R., Barroso, J. B., & Theodozio, D. R. (2014). O Teste de Pfister na adolescência. In A. E. Villemor-Amaral. *As Pirâmides de Pfister com Crianças e Adolescentes* (pp. 107-126). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Resende, A. C., & Chagas, L. E. (2014). Validade e Precisão: Inteligência geral e o desempenho nas Pirâmides Coloridas de Pfister em crianças. In A. E. Villemor-Amaral. *As Pirâmides de Pfister com Crianças e Adolescentes* (pp. 149-158). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rorschach, H. (1967). *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou.

Schede, W. M (1960). *Farbenspiel des Lebens*. Zurique: Atlantis.

Silva, L. M., & Cardoso, L. M. (2012). Revisão de pesquisas brasileiras sobre o teste de Pfister. *Avaliação Psicológica, 11*(3), 449-460.

Tawamoto, J. M., & Capitão, C. G. (2010). Evidências de validade do teste de Pfister: Agressividade e irritabilidade em motoristas. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, 1*(1), 40-65.

Van Kolck, T. (1967). A imaturidade neurológica em adultos estudada pelo Teste das Pirâmides Coloridas de M. Pfister. *Boletim de Psicologia, 18/19* (51/54), 71-83.

Villemor-Amaral, A. E. (2005). *As Pirâmides Coloridas de Pfister*. São Paulo: CETEPP.

Villemor-Amaral, A. E. (2012). *O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E. (2014). *Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister – versão para crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A. E. Pardini, P. M.; Tavella, R. R.; Biasi, F. C., & Migoranci, P. B. (2012). Evidências de validade do teste de Pfister para avaliação de crianças. *Avaliação psicológica, 11* (3), 423-434.

Villemor-Amaral, A. E., & Quirino, G. S. (2013). Estudo comparativo entre indicadores afetivos das técnicas de Pfister e Zulliger. *Avaliação psicológica*, *12*(1), 1-7.

Villemor-Amaral, A. E., Biasi, F. B., Cardoso, L. M., Pavan, P. M. P., & Tavella, R. R. (2015). Rosa e Azul, Sexo e Idade no Teste de Pfister. *Psico-USF, 20(*3), 411-420.

Villemor-Amaral, A. E., Pianowski, G., & Goncalves, C. M. T. S. (2008). Estudo normativo com o Pfister: uma amostra da região nordeste brasileira. *Avaliação Psicológica, 7*(2), 181-188.

Villemor-Amaral, A. E., Tavella, R. R., Cardoso, L. M., Biasi, F. C., & Pavan, P. M. P. (2014). Teste das pirâmides coloridas de Pfister e a criatividade em crianças. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, *16*(3), 114-124.

Villemor-Amaral, F. (1966). *Pirâmides Coloridas de Pfister*. Rio de Janeiro: CEPA.

Villemor-Amaral, F. (1978). *Pirâmides Coloridas de Pfister*. (2a ed.). Rio de Janeiro: CEPA.

LEITURAS RECOMENDADAS

Brauer, J. F. (1998). *O teste das pirâmides coloridas de Max Pfister*. São Paulo: Vetor.

Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2014). Psicodinâmica dos transtornos alimentares: indicadores do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Psico-USF*, *19*(2), 209-220.

Shaie, W., & Heiss, R. (1964). *Color and Personality: a manual for the Color Pyramid Test*. Hans Huber: Berna.

Tavares, M. (2003). Validade Clínica. *Psico-USF*, *8*(2), 125-136.

Villemor-Amaral, A. E., Pavan, P. M. P., Machado, M. A. S., Tavella, R. R., Cardoso, L. M., & Miguel, F. C. (2015). A Estabilidade Temporal do teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Interação Psicol.*, *19*(13), 365-370.

17.4

TESTE PALOGRÁFICO

Cristiano Esteves
Irai Cristina Boccato Alves

HISTÓRICO

O Teste Palográfico é um teste expressivo de personalidade que foi criado pelo psicólogo Salvador Escala Milá do Instituto Psicotécnico de Barcelona, na Espanha. O teste foi trazido, desenvolvido e divulgado no Brasil por Agostinho Minicucci, e sua primeira edição foi publicada pela Editora Vetor, em 1976 (Alves & Esteves, 2004; Minicucci, 1976).

Em 1961, Minicucci e Bastos publicaram uma apresentação do Teste Palográfico em um artigo, no qual descreveram o material e a tarefa a ser realizada, informando que o teste poderia ser aplicado em crianças, a partir dos 8 anos, adolescentes e adultos. Também comentaram que, enquanto na sua forma original, a duração da segunda parte da prova era controlada de meio em meio minuto, esse limite de tempo foi alterado para períodos de 1 minuto. Eles propuseram uma pontuação para seis itens qualitativos, aos quais atribuíram pontos de 0 a 3, porém não apresentaram mais detalhes sobre essa avaliação. Descreveram brevemente alguns dados sobre a avaliação e algumas interpretações e informaram ter aplicado o teste a 200 crianças, 70 adolescentes e 60 adultos, indicando alguns dos resultados obtidos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Vane e Guarnaccia (1989), os métodos usados pelos psicólogos para avaliar a personalidade podem ser classificados em duas categorias principais. Um é direto e consiste em escalas, questionários e inventários de personalidade, entrevistas, observação do comportamento ou informações de pessoas significativas. O outro é indireto e constituído pelas técnicas projetivas. No entanto, é possível acrescentar às duas categorias, propostas por esses e outros autores, mais um tipo: os testes de personalidade expressivos.

Wolf e Precker (1951/1956) apresentaram uma distinção em relação aos comportamentos em geral, classificando-os em três tipos: adaptativo, projetivo e expressivo. O *comportamento adaptativo* é determinado pelo material com que se trabalha ou pela situação dada. Assim, por exemplo, quando alguém ouve a campainha da porta, um *comportamento adaptativo* seria atender à porta e um não adaptativo seria ligar o rádio. Já, o *comportamento projetivo* se relaciona à atribuição de necessidades e qualidades aos outros, sem ter consciência desse processo.

O *comportamento expressivo* consiste no *estilo* da resposta, ou seja, diante de uma mesma tarefa cada pessoa vai analisar a situação de maneira característica e individual e usa o material ou organiza a situação de forma diferente. Os padrões de movimento, os gestos, o ritmo e as respostas fisiológicas do organismo variam bastante de uma pessoa para outra, ou seja, cada pessoa tem um estilo diferente na forma de responder ou de realizar uma mesma tarefa. A análise da expressão se preocupa com a forma do comportamento para poder chegar às motivações básicas, isto é, às características da personalidade. Contudo, uma tarefa de grande dificuldade em relação ao comportamento expressivo é determinar quais as relações entre ele e as características de personalidade.

A diferenciação entre o comportamento expressivo e o projetivo também foi feita por Van Kolck (1984, p.2) em relação à avaliação psicológica de desenhos. No ato de desenhar estão presentes e juntas a *adaptação*, a *expressão* e a *projeção*, que “mais do que qualquer produção pessoal devem ser analisadas cuidadosamente”.

A *adaptação* diz respeito à adequação em relação à tarefa solicitada, ou seja, se é realizada de forma convencional, original ou fantasiosa e se a execução está de acordo com a idade e o sexo da pessoa. A *expressão* se relaciona “ao estilo peculiar da resposta do sujeito, que se revela através das qualidades propriamente gráficas, que dizem mais respeito à forma” (Van Kolck, 1984, p. 2). Por outro lado, a *projeção* é avaliada por meio da atribuição de qualidades às situações e aos objetos, que podem ser constatadas pelo conteúdo e pela maneira de tratar o tema.

Segundo Van Kolck (1974-1975), as técnicas que envolvem a realização de traçados simples e a análise da escrita utilizam o comportamento expressivo para avaliar a personalidade. Por isso, é possível considerar como testes expressivos o Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) (Mira, 1987, 2004) e o Teste Palográfico (Alves & Esteves, 2004, 2009).

De acordo com Allport e Vernon (1933), a personalidade pode ser estudada em qualquer um dos três diferentes níveis descritos a seguir: “O primeiro é o nível dos traços, interesses, atitudes ou sentimentos considerados como compondo uma personalidade ‘interior’; o segundo é o nível do comportamento e da expressão; o terceiro é o nível da impressão, da percepção e interpretação do comportamento pelo outro” (p. v). Quando um problema é impreciso em um desses níveis, pode ser observado de um modo mais adequado em um outro nível. Por isso, esses

autores propuseram que a consistência ou a organização da personalidade podem ser estudadas no nível do comportamento expressivo, de modo a serem examinadas de uma forma mais direta.

Recentemente, surgiu uma controvérsia sobre a definição de testes expressivos, principalmente motivada pela regulamentação da avaliação psicológica para obtenção do porte de arma no Brasil, uma vez que exige a aplicação de dois tipos de testes de personalidade, um projetivo e um expressivo, além de testes para as demais características psicológicas necessárias para o uso de uma arma. Esse fato levou a uma interpretação errônea sobre o que é um teste expressivo, porque alguns psicólogos propuseram que os testes projetivos avaliariam a expressão da personalidade e, por isso, poderiam ser chamados de expressivos. Ou seja, não foi levado em conta o princípio teórico relativo ao comportamento expressivo, segundo a definição proposta por Allport e Vernon, e divulgada no Brasil por Van Kolck (1974-1975).

Essa polêmica parece ter sua origem em um editorial do *Journal of Personality Assessment* (2006) de autoria de Gregory J. Meyer e John E. Kurtz, que criticaram a classificação dos testes de personalidade em objetivos e projetivos. Os testes objetivos propõem que o examinando responda a adjetivos, proposições ou questões, indicando o quanto estes descrevem a personalidade. A objetividade se refere à avaliação que é feita com o auxílio de um crivo ou chave de correção, sem necessitar de julgamentos do psicólogo, sendo que a responsabilidade de fazer esses julgamentos é atribuída ao construtor do teste.

Por outro lado, as técnicas projetivas se referem aos instrumentos com estímulos ambíguos ou pouco estruturados, para que o sujeito projete as suas características de personalidade. Dessa forma, Meyer e Kurtz (2006) propuseram que os testes objetivos sejam nomeados como inventários de autorrelato, para diferenciá-los dos que são respondidos por informantes, e chamaram os testes projetivos, entre outras alternativas, de “testes expressivos de personalidade”.

Na literatura psicológica, os testes expressivos são assim denominados pelo fato de avaliarem o “comportamento expressivo”, conforme distinção feita por Wolf e Precker (1956), e que consiste no *estilo* da resposta, isto é, como já mencionado, para a realização de uma tarefa, cada pessoa analisa a situação de maneira característica e individual, empregando o material ou a situação de modo diferente. Assim, a realização de traçados simples e a análise da escrita e de desenhos permitem avaliar o aspecto expressivo do comportamento para esse objetivo.

Por outro lado, os testes projetivos vão considerar em sua avaliação a projeção, que se refere à atribuição de suas próprias necessidades e qualidades aos outros ou a estímulos ambíguos, sem ter consciência desse processo. A projeção vai estar relacionada ao conteúdo da resposta, enquanto a expressão se refere à forma como essa resposta é dada. Assim os testes projetivos avaliam secundariamente a expressão e, por isso, eles não podem ser considerados expressivos. Por essa razão, a proposta de Meyer e Kurtz de chamar os testes projetivos de expressivos não pode ser aceita, uma vez que confunde claramente os conceitos de projeção e expressão (ou de comportamento projetivo e expressivo), tratando-os como se fossem semelhantes, quando na realidade ambos se baseiam em princípios distintos, conforme já apresentado anteriormente. Destaca-se, ainda, que no Brasil a diferenciação dos dois tipos de testes bem como as teorias que os fundamentam se encontram bastante consolidadas na literatura científica e na prática dos profissionais que as utilizam em suas avaliações psicológicas.

A expressão *técnica projetiva* foi introduzida por Frank em 1939 como um método para estudar a personalidade, que envolve a apresentação de uma situação estimuladora planejada ou escolhida, que deverá significar para o sujeito não o que o experimentador decidir

arbitrariamente, mas o significado e a organização particular, idiossincrática, que é dada pela sua personalidade. O sujeito responderá por meio de alguma forma de ação ou emoção, que reflete a sua personalidade. O objetivo dessas técnicas é "obter do sujeito o que ele não pode ou não quer dizer, frequentemente porque ele não sabe sobre si mesmo ou não está consciente do que está revelando de si mesmo através de suas projeções" (Frank, 1965, p.14).

As técnicas projetivas pretendem fazer uma avaliação global da personalidade. Sua principal característica é a apresentação de um estímulo ambíguo, que não mostra o verdadeiro propósito para o examinando. Elas reduzem o controle consciente do sujeito sobre a conduta a ser avaliada e originam respostas que refletem sua própria individualidade. Desse modo, a interpretação que o sujeito faz do estímulo reflete a sua personalidade. O estímulo é organizado em função de suas percepções, atitudes, ideias, emoções e todos os aspectos de sua personalidade (Bell, 1964/1971).

Em relação às técnicas expressivas, os julgamentos da personalidade de outras pessoas são "constructos inferenciais baseados na nossa percepção sensorial da expressão" (Allport & Vernon, 1933, p. v) e é apenas pela percepção do corpo físico, da linguagem e dos gestos do outro, que se pode chegar a qualquer conhecimento sobre ele. Nesse sentido, o estudo direto da expressão parece ser a abordagem mais natural para o estudo da personalidade, pois trata de dados diretamente observáveis, isto é, da percepção sensorial da expressão, e não da projeção, na qual se faz uma inferência com base em aspectos inconscientes da personalidade.

Em seus estudos sobre o comportamento expressivo, Allport e Vernon (1933) concluíram que tanto os gestos quanto a escrita refletem um estilo individual constante e estável. As atividades expressivas parecem não estar dissociadas, mas, sim, relacionadas e organizadas entre si. As evidências encontradas indicam que existe uma congruência entre os movimentos expressivos e as atitudes, os traços, os valores e as outras disposições da personalidade.

Existem numerosas questões relativas às disposições subjacentes ao movimento e ao efeito do movimento sobre as outras pessoas. Allport e Vernon (1933, p. vii) definem o movimento expressivo como "aqueles aspectos do movimento que são suficientemente característicos para diferenciar um indivíduo do outro".

Segundo Klages (1917/1959, p. 95), "o princípio da expressão diz que a todo movimento interior corresponde um movimento corporal análogo ou que todo movimento expressivo é involuntariamente dirigido para o fim instintivo contido na vivência da vida interior". Por esse meio, é possível encontrar a forma expressiva de toda vivência, como também o conteúdo vital de todo movimento expressivo de maneira suficientemente reconhecível. Por exemplo, o horror ou o medo levam não apenas a fugir, mas também a escapar do que o causou, a sair fora do domínio da ação, de se manter à distância. Para se afastar de uma coisa que não se quer ver, pode-se fechar os olhos ou virar a cabeça. Essas ações são feitas involuntariamente e, às vezes, de maneira inoportuna. A força do movimento expressa a força do impulso psíquico, que pode se manifestar de diversas formas, como a amplificação do movimento, a aceleração da velocidade, o reforçamento do traço ou a intensificação da pressão sobre o lápis.

Em geral, os movimentos têm características expressivas e não expressivas. Allport e Vernon (1933) apresentam como exemplo o comportamento reflexo de "piscar", que é um fenômeno simples do comportamento adaptativo para todos os indivíduos. Como é um movimento adaptativo e comum, não é significativo para a expressão. Contudo, existem várias maneiras de "piscar" que constituem o comportamento expressivo.

Para Allport (1961/1966), todos os nossos movimentos apresentam dois componentes, o adaptativo, ou instrumental, e o expressivo. O instrumental constitui "o que fazemos" e pode ser

considerado o *predicado da ação*, e o expressivo é o “como fazemos”, isto é, o *advérbio da ação*. O autor aponta as seguintes diferenças entre os comportamentos instrumental e expressivo. O comportamento instrumental é intencional, é determinado pelas necessidades do momento e da situação, é produzido formalmente, pode ser controlado, procura mudar o ambiente e é geralmente consciente. Por sua vez, o comportamento expressivo não é intencional, reflete a estrutura mais profunda da personalidade, é transmitido espontaneamente, é menos alterável e frequentemente incontrolável, não tem objetivo, embora possa ter efeito sobre os outros e está abaixo do limiar da consciência.

Feist e Feist (2008), ao apresentarem a Teoria de Personalidade de Maslow, descreveram o comportamento expressivo, para este autor, que considerava que mesmo que todos os comportamentos tenham uma causa, alguns não são motivados, isto é, nem todos os determinantes de comportamentos são motivos. Eles não são causados por necessidades, mas por outros fatores. Para Maslow, a motivação está relacionada à luta para a satisfação de alguma necessidade. Ele diferenciava o comportamento expressivo do comportamento de ajustamento. O comportamento expressivo seria aquele que geralmente não tem um fim em si mesmo, é frequentemente inconsciente, ocorre de forma espontânea, natural e com pouco esforço. Não tem metas nem alvos, consistindo apenas na forma de expressão de uma pessoa, como, por exemplo, de alegria, raiva ou outras emoções, podendo ser mantido sem a necessidade de reforço ou recompensa, como por um rubor da face, uma piscada do olho, um franzido na testa, etc. Outros comportamentos expressivos que podem ser mencionados são: a forma de andar, os gestos, a voz e o sorriso. Geralmente eles não são aprendidos, são espontâneos e determinados por forças internas da pessoa. Em oposição, os comportamentos de ajustamento são conscientes, aprendidos, necessitam de esforços para serem realizados. Eles têm algum alvo ou objetivo e são sempre motivados por alguma necessidade.

Assim, embora Maslow tenha partido de uma teoria diferente, a sua definição de comportamento expressivo é muito similar à de Allport (1966), e o que ele chama de comportamento de ajustamento pode ser identificado com o comportamento instrumental proposto por Allport (1966).

Hall, Lindzey e Campbell (2000), em seu capítulo relativo à Teoria de Personalidade de Allport, também apresentam dados sobre o comportamento expressivo. Eles se referem à distinção que o autor fazia entre os dois componentes existentes no comportamento humano: o adaptativo e o expressivo. O adaptativo está relacionado ao valor funcional do ato, que produz um efeito ou leva a alcançar um objetivo. O outro é o componente expressivo, referente à maneira ou ao estilo de realização do ato. Dessa forma, embora milhões de pessoas possam fazer os mesmos atos adaptativos, nenhuma delas os realiza exatamente do mesmo modo ou com o mesmo estilo. Para Allport, todo comportamento de um indivíduo é inter-relacionado, então os aspectos mais triviais estão relacionados aos aspectos centrais da constituição da pessoa, permitindo que a partir dos atos mais insignificantes seja possível obter informações sobre a personalidade de uma pessoa.

Segundo Schultz e Schultz (2002), Allport realizou um grande número de pesquisas sobre o comportamento expressivo, relativo aos traços da personalidade e que se diferencia do comportamento instrumental, o qual é voltado para um fim específico, bem como é planejado e executado conscientemente. Em suas pesquisas, Allport pedia às pessoas para executarem uma série de tarefas e depois verificava a consistência de seus movimentos expressivos em situações

diferentes. Observou um alto grau de consistência na voz, na escrita, na postura e nos gestos. A partir desses dados, deduziu a existência de traços de personalidade.

O comportamento expressivo também está refletido na afirmação de Hammer (1958/1991) de que: "os músculos de um indivíduo são honestos", pois, quando uma pessoa quer esconder o que se passa em sua mente, os músculos da face, os ombros e a postura corporal a delatam. Por outro lado, por meio da linguagem é possível ocultar as necessidades e os desejos, mas os músculos não são controlados da mesma maneira.

De acordo com Wolf e Precker (1956), a abordagem psicossomática tem mostrado a inter-relação entre as necessidades do indivíduo e o estado do organismo. O estudo do comportamento expressivo permite uma compreensão da estrutura e da função do organismo, como também da unidade e consistência da personalidade. Consideram que tanto a abordagem psicossomática quanto o estudo do comportamento expressivo tiveram seu desenvolvimento ligado à teoria psicanalítica de Freud, que enfatizava a unidade da personalidade, já que o conflito neurótico podia ser observado não apenas na personalidade, mas em cada gesto, em cada deslize de linguagem e em cada maneirismo. Dessa forma, uma vez que esses sinais pudessem ser compreendidos, seria possível chegar às origens da personalidade. Partindo desse pressuposto, Freud ampliou essa constatação para o comportamento de todos os indivíduos.

Considerando que cada pessoa tem gestos típicos, eles permitem reconhecer uma pessoa à distância. Mesmo que a cultura ocidental tenha abolido cada vez mais a livre expressão da gesticulação simbólica, a investigação mais minuciosa mostra que, muitas vezes, apenas a amplitude de tais movimentos fica abaixo da capacidade de reconhecê-los, mas o gesto em si não desapareceu totalmente (Wolf & Precker, 1956).

Allport e Vernon (1933) concluíram que tanto os gestos do homem quanto a sua escrita refletem um estilo individual, constante e estável. Esses autores encontraram evidências de que existe uma congruência entre o comportamento expressivo e as atitudes, os traços, os valores e outras disposições da personalidade.

Quando uma pessoa escreve, transmite voluntariamente seus pensamentos, por meio da escrita que aprendeu na escola, se adapta ao papel ou à superfície na qual irá escrever e à caneta ou a outro instrumento que será usado para fazê-lo. Tais aspectos refletem o comportamento adaptativo. Contudo, a escrita também mostra simultaneamente a maneira peculiar do indivíduo, pois a letra que ele escreve não é mais exatamente a que foi aprendida na escola. Ela revela características sobre a sua maneira de ser, sua energia, sua agressividade, seus medos, ou seja, seu estilo de escrever, e é nesse momento que aparece o comportamento expressivo. Isso também ocorre com qualquer outro tipo de grafismo, como o desenhar.

Allport (1966) considerava que a *letra* é a forma de expressão mais conhecida e, a partir dela, os grafólogos fazem a "leitura do caráter". Segundo diversos autores que estudam a grafologia, deve-se considerar que a escrita não é apenas um produto da "mão", mas é uma "escrita do cérebro", que é "influenciada por todos os tipos de impulsos nervosos expressivos, que dão um colorido individual aos movimentos adaptativos da mão" (p. 599). Esse mesmo aspecto é assinalado por Schilder (apud Wolf & Precker, 1956, p.460), ao afirmar que "a expressão e o movimento estão relacionados a processos que ocorrem nas partes centrais do cérebro e não podem ser separados dos desejos e tendências do indivíduo". Como a escrita pode ser considerada "um 'gesto cristalizado', é aparentemente o mais acessível dos movimentos expressivos; todos os outros movimentos são fugidios e mais dificilmente mensuráveis" (Allport, 1956, p. 599).

Os experimentos de Preyer e de Saudek (apud Bell, 1964/1971) indicaram que não importa qual área muscular do corpo executa a escrita, pois ela mostra sempre a característica pessoal do indivíduo. Evidências, que comprovam esse fato, foram apresentadas por Allport e Vernon (1933), quando relataram que, em diversos casos em que uma pessoa tem de escrever com a outra mão, ou mesmo com o pé ou com a boca, as características individuais da escrita se mantêm. Também citam o trabalho de Osborn (1929), que demonstrou que é praticamente impossível disfarçar a própria escrita ou copiar a letra de outra pessoa, sem que seja possível a detecção.

Van Kolck (1984) considera que os aspectos expressivos, chamados por ela de "aspectos gerais do desenho", podem ser analisados de uma forma mais ou menos direta em qualquer produção gráfica. A autora propôs como aspectos gerais: a posição da folha, a localização na página, o tamanho em relação à folha, as resistências em desenhar e as qualidades do grafismo, tais como a pressão do lápis e a continuidade da linha. Enquanto Hammer (1958/1991) considerou além desses: a simetria, a precisão, o grau e a área de completamento e de detalhamento do desenho, a perspectiva, as proporções, o sombreamento, o reforço e o que foi apagado.

Segundo Vels (2003, p.24), "o espaço numa folha em branco é como uma micro-representação do espaço vital em que o sujeito se movimenta". A maneira como a pessoa distribui os sinais gráficos no papel indica como ela se sente em relação ao ambiente e como se move no espaço vital. A área ocupada pelos sinais gráficos no espaço disponível mostra a influência e o domínio da pessoa sobre o ambiente e os impactos emocionais deste sobre ela.

Ainda que a adaptação, a projeção e a expressão possam ser definidas separadamente, raras vezes aparecem isoladas. Em geral, as técnicas desenvolvidas para avaliar a personalidade abrangem esses três aspectos, embora possam avaliar preferencialmente um deles. O Teste Palográfico é um teste que mede sobretudo o comportamento expressivo.

Pode-se dizer que a fase de treino do Palográfico avalia os aspectos adaptativos e instrumentais, já que no início do teste o examinando vai trabalhar tentando seguir e se adequar às instruções dadas. Porém, à medida que a tarefa continua, ela vai se tornando mais espontânea, menos controlada e vai revelando os aspectos expressivos, principalmente na segunda parte do teste.

A seguir são destacadas as principais características que podem ser avaliadas quantitativa e qualitativamente pelo Palográfico:

- produtividade (está relacionada com a quantidade de trabalho que a pessoa consegue realizar em termos profissionais e em suas atividades diárias);
- estabilidade e ritmo (informa sobre a variabilidade do rendimento no trabalho e sobre as flutuações de desempenho nas atividades que realiza);
- rendimento no trabalho (qualidade e regularidade ou irregularidade do rendimento, possibilita também verificar a propensão à fadiga);
- relacionamento interpessoal (tendência à introversão ou à extroversão e relação com figuras de autoridade);
- autoestima, autoconfiança, capacidade de organização e método, estabilidade e adaptação ao meio;
- flutuações do ânimo e do humor, rigidez, espontaneidade e energia;
- agressividade (intensidade, direção e forma de manifestação);

- firmeza nas atitudes pessoais, vitalidade e segurança;
- tendência à depressão;
- emotividade;
- impulsividade.

APLICAÇÃO

Para a aplicação do Teste Palográfico, são necessários o manual com as instruções de aplicação, avaliação e interpretação e a folha padronizada de aplicação, que está disponível em dois tamanhos: pequena (21,5 x 32,0 cm) e grande (36,3 x 27,4 cm). As folhas apresentam na parte superior um espaço para o preenchimento das informações de identificação do examinando e para anotação de alguns dados que serão utilizados na avaliação. No canto superior esquerdo das folhas estão impressos os traços verticais, que são os modelos padronizados a serem seguidos como referência para a execução do teste.

A tarefa consiste na reprodução dos traços verticais (palos) respeitando as características do modelo impresso, o que deve ser feito com rapidez e qualidade, mantendo o tamanho e a distância entre os traços. A aplicação é realizada em duas etapas: a fase de treino, em que o examinando deve aprender a tarefa com a duração de 2 minutos e 30 segundos, e a fase do teste propriamente dito, com duração de 5 minutos. Na primeira parte o examinador avisa o examinando a cada 30 segundos para que ele faça um sinal específico, que vai delimitar cada tempo do teste, e na segunda parte esse aviso é dado a cada minuto. Assim, nas duas partes do teste, a tarefa é dividida em cinco tempos.

AVALIAÇÃO

O Palográfico apresenta dois tipos de avaliação: uma quantitativa e uma qualitativa. A avaliação quantitativa é realizada por meio da mensuração de algumas características do teste, tais como: produtividade, ritmo de trabalho, tamanho e distância entre os traços (palos), distância entre linhas, tamanho das margens (esquerda, direita e superior), inclinação dos traços e direção das linhas. As medidas são obtidas em frequência absoluta, milímetros ou em graus, sendo que cada característica avaliada tem critérios específicos para a sua obtenção. Após a mensuração, os resultados obtidos são comparados com uma tabela normativa para cada variável, tendo como base o quanto os resultados se distanciam das médias do grupo normativo em termos de desvios padrão. Os resultados da consulta das tabelas de cada variável vão ser interpretados quantitativamente. Além dessas medidas, existem outros dados quantitativos que também são considerados no teste, tais como: o número de traços realizados, por tempo e para o teste como um todo, o total de ganchos nos palos, os indicadores de emotividade e de impulsividade.

A avaliação qualitativa do Palográfico deve considerar o protocolo como um todo, por meio da análise de alguns aspectos formais, tais como: tipo de pressão do lápis, qualidade e tipo do traçado, presença de irregularidades (p. ex., tremores, tipos e quantidade de ganchos, palos quebrados, presença de laços, linhas espelhadas, correções e retoques, reforços de linha e traçados repassados) e a organização ou ordem na execução da tarefa. Também são consideradas as irregularidades constatadas nos dados quantitativos, já mencionados. Nesses casos, deve ser observado se os resultados estão quantitativamente dentro da zona considerada média, aumentada ou diminuída para cada uma das características avaliadas. Também é avaliada a qualidade do rendimento no trabalho, por meio da análise do gráfico de rendimento do teste. A avaliação final deve integrar os resultados quantitativos e qualitativos.

A mensuração quantitativa do Palográfico é realizada com o auxílio de régua e transferidor, sendo, portanto, uma tarefa bastante minuciosa e que demanda do psicólogo muita atenção. Recentemente foi desenvolvido um Sistema de Correção Informatizada do Palográfico (SKIP) com o objetivo de automatizar a avaliação quantitativa e de fornecer recursos para auxiliar na avaliação qualitativa do teste.

Segundo Muñiz e Hambleton (1999), existem quatro tipos de testes informatizados: 1) os chamados convencionais, que podem ser apresentados na forma tradicional em *lápis e papel*, mas também têm uma versão informatizada; 2) testes adaptativos, que são geralmente formados por um *banco de itens*, que serão apresentados durante a aplicação e variam em função das habilidades do examinando, pois são selecionados automaticamente pelo uso da Teoria de Resposta ao Item (TRI); 3) aplicativos de correção dos testes convencionais (programas em que são lançadas as respostas dadas pelo examinando ou os resultados brutos do teste e que realizam a correção e a emissão de relatórios); e 4) programas que empregam recursos tecnológicos e estatísticos para criar novos testes, que oferecem novas funcionalidades e possibilidades de avaliação que não seriam possíveis em um teste com formato tradicional *lápis e papel*. O SKIP se enquadra no terceiro modelo proposto por Muñiz e Hambleton (Cardoso, Esteves, Silva, Arsuffi, & Franzim, 2014).

O SKIP possibilita o cadastro das informações do examinando e da avaliação e faz a mensuração dos dados quantitativos do teste, fornecendo as medidas e convertendo os resultados, de acordo com as normas, para que possam ser interpretados. Além disso, permite que o

psicólogo realize a avaliação qualitativa das configurações dos traçados, selecionando as opções apresentadas no sistema, de acordo com as informações do manual do teste (Alves & Esteves, 2004, 2009). Após a avaliação, o sistema emite um relatório com as interpretações dos dados quantitativos e qualitativos do teste. Para a utilização do SKIP, o psicólogo deve aplicar normalmente o teste seguindo as orientações do manual (Alves & Esteves, 2004, 2009), digitalizar a folha por meio de um escâner para depois avaliar o protocolo pelo sistema.

Cardoso e colaboradores (2014) pesquisaram a precisão do SKIP por meio da comparação de protocolos avaliados da forma tradicional (manualmente) e de forma informatizada. A amostra foi composta por 103 candidatos a motoristas, que estavam sendo avaliados para a obtenção da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), com idades entre 18 e 63 anos (Média = 26,9 anos e DP = 8), sendo que 42,7% eram mulheres, e a escolaridade variou entre ensino fundamental e superior. Os protocolos foram digitalizados e avaliados quantitativamente pelo SKIP e da forma tradicional. As características avaliadas foram: produtividade, nível de oscilação rítmica (NOR), inclinação e tamanho dos palos, distância entre palos e entre linhas, margens (superior, esquerda e direita), direção das linhas e impulsividade. Foram calculadas as correlações de Pearson entre as avaliações comuns e as do sistema e as médias comparadas por meio do teste *t* de *Student* para verificar a existência de diferenças entre as duas formas de avaliação. Todas as correlações foram muito altas (Dancey & Reidy, 2013) e variaram entre 0,94 e 1,0. Não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significante entre as médias. Os autores confirmaram a precisão do SKIP para avaliar quantitativamente o Palográfico, indicando que o seu uso pode contribuir para a qualidade das avaliações, levando a uma economia de tempo para o psicólogo. Os autores ainda ressaltaram a importância do emprego de recursos informatizados e que o SKIP deve ser utilizado apenas pelo psicólogo, que é o responsável pela elaboração do resultado final da avaliação psicológica.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

Os estudos de normatização do Palográfico foram realizados com três amostras: 1) uma amostra total, composta por 405 participantes, sendo 73,8% do sexo masculino, com idades entre 16 e 52 anos (com média de 29,1 anos e desvio padrão de 8,1); 2) 100 candidatos que participavam de processos seletivos para diversas áreas (58% do sexo masculino, idades variando entre 18 e 50 anos, com média de 26,9 anos e desvio padrão de 7,1); e 3) 78 participantes do sexo feminino (idades entre 19 e 60 anos, com média de 26,6 anos e desvio padrão de 8,6), avaliados para comparar diferenças entre resultados com os dois tamanhos da folha de aplicação do Palográfico.

O manual do teste (Alves & Esteves, 2004, 2009) apresenta tabelas de percentis para a produtividade e o NOR em função da escolaridade (para o ensino superior também foi elaborada uma tabela de percentis da produtividade para os grupos em função do sexo). As tabelas normativas para as demais características quantitativas do teste (tamanho e distância entre os palos, distância entre linhas, tamanho das margens [esquerda, direita e superior], inclinação dos palos e direção das linhas) foram elaboradas em função das médias e do número de desvios padrão (variando entre -3 e +3), com atribuição das classificações, média, aumentada e muito aumentada, diminuída e muito diminuída. Nas comparações apresentadas entre os tamanhos das folhas para verificar sua interferência nos resultados, somente foi observada diferença estatisticamente significante para a margem esquerda e, por esse motivo, foi elaborada uma tabela específica para essa variável. Para as demais variáveis, podem ser utilizadas as mesmas tabelas independentemente do tamanho da folha empregada na aplicação.

No manual do Palográfico, Alves e Esteves (2004, 2009) apresentaram dois tipos de pesquisa de validade: pela consistência interna entre os tempos do teste e com a produtividade total e pela comparação entre grupos contrastantes (validade de critério). Foram calculadas as correlações da produtividade entre os cinco tempos de aplicação e com o total do teste, com duas amostras diferentes: 1) uma amostra total, composta por 405 participantes, já descrita anteriormente, e 2) uma amostra de teste e reteste, composta por 52 estudantes universitários com idades entre 20 e 60 anos, predominantemente do sexo feminino (90,4%). As correlações entre os intervalos de tempo do teste, quando se consideram os resultados da amostra total, foram superiores a 0,86 e superiores a 0,94 para a produtividade total. Na amostra do reteste, as correlações foram superiores a 0,76 entre os tempos do teste e maiores do que 0,91 para a produtividade total. Os autores afirmam ainda que as correlações foram maiores entre os intervalos de tempo consecutivos.

Para a validade de critério, foram avaliados três grupos: um de motoristas sem histórico de acidentes de trânsito (N = 51), um com acidentes de trânsito sem vítimas (N = 46) e outro com vítimas (N = 40), com idades variando entre 21 e 72 anos. Foram comparadas as médias dos grupos em todas as características quantitativas do teste. Os resultados indicaram diferenças entre os grupos de motoristas com histórico de acidentes (sem vítimas) e sem acidentes. Foram observados os seguintes resultados para os com histórico de acidentes: médias menores para produtividade por intervalo de tempo e para a total, maior NOR, maior tamanho dos palos, maior margem superior, maior direção das linhas e porcentagens maiores para todos os tipos de ganchos. Quanto à inclinação dos palos, os motoristas sem histórico de acidentes tiveram uma tendência a maior inclinação para a esquerda, ou seja, ângulos menores.

Na comparação entre motoristas com acidentes com vítimas e sem acidentes, as diferenças em relação aos motoristas com vítimas foram: NOR maior, maior distância entre palos, maior tamanho dos palos, maior margem superior, maior porcentagem para todos os tipos de ganchos e maior impulsividade.

Na comparação entre um grupo de presidiários e um grupo-controle, foram obtidas diferenças significantes entre as médias, sendo que os presidiários apresentaram: maior NOR, maior distância entre palos, menor margem direita, menor margem superior, menor média da inclinação dos palos, menor porcentagem de ganchos e menor porcentagem para os tipos de ganchos superior e inferior esquerdos, maior emotividade e maior impulsividade. Também foram observadas as seguintes características qualitativas: os presidiários apresentaram maior incidência de pressão forte do traçado, tremores, palos encostados na margem superior e organização ruim, enquanto o grupo-controle apresentou maior incidência de pressão normal e organização boa e muito boa.

A precisão do Palográfico foi investigada pelo método do teste e reteste, e o intervalo entre as duas aplicações variou de 7 a 10 dias. Foram calculadas as correlações de Pearson e comparadas as médias por meio do teste *t* de *Student* para cada uma das características quantitativas. As correlações foram superiores a 0,71 para a produtividade nos intervalos de tempo e de 0,81 para o total, consideradas altas, segundo Dancey e Reidy (2013). Em todos os casos, as médias de produtividade foram maiores no reteste. As correlações da distância entre palos (0,85), distância entre linhas (0,64) e direção das linhas (0,42) também foram significantes e consideradas de moderadas a altas (Dancey & Reidy, 2013). Não foram observadas diferenças significativas entre as médias dessas três variáveis. Quanto ao tamanho dos palos, as correlações para os palos maiores (0,66), palos menores (0,66) e média total de palos (0,66) foram consideradas moderadas. Já para a inclinação dos palos, as correlações foram altas (0,83 para inclinação mínima, 0,82 para a máxima e 0,83 para a média das inclinações). As correlações pelo reteste para a presença de ganchos foram superiores a 0,66, para os resultados por intervalo de tempo e de 0,78 para o total de ganchos. Para a emotividade, a correlação foi de 0,85 e, para a impulsividade, 0,71. Alves e Esteves (2004, 2009) também relataram um estudo de precisão das metades da produtividade considerando a produção por intervalo de tempo como critérios para os cálculos. As correlações foram todas superiores a 0,92 indicando uma elevada consistência interna para o teste.

PESQUISAS RECENTES NOS CONTEXTOS CLÍNICO E NÃO CLÍNICO

Conti (2014), em sua tese de doutorado, comenta sobre a escassez de pesquisas com o Teste Palográfico, além das existentes no próprio manual do teste. Assim foram poucas as pesquisas sobre esse teste que foram localizadas no seu levantamento bibliográfico. E essa dificuldade ainda continua ocorrendo em relação à literatura do teste.

Silva e Alchieri (2010) investigaram a possibilidade de prever infrações de trânsito cometidas por motoristas profissionais pelos resultados dos testes psicológicos aplicados no processo de habilitação. A amostra estudada foi composta por 68 motoristas, avaliados em dois momentos, o primeiro, na aquisição da habilitação e, o segundo, cinco anos depois, na renovação. Nos dois processos de avaliação psicológica, foram aplicados 17 testes diferentes, sendo os mais frequentes em cada área: o R-1, o Palográfico, o de Atenção Concentrada (AC) e o TADIM-2. Entretanto, os autores informam que, em relação ao Palográfico, as análises foram inviabilizadas, porque os protocolos não tinham sido avaliados pelos psicólogos responsáveis pelas aplicações dos testes no momento das avaliações. Os autores concluíram que foi perdida uma oportunidade importante para se constatar a possibilidade de verificar se o Palográfico poderia ser preditivo para o objetivo da pesquisa.

Em outra pesquisa, Fonseca, Franzim e Esteves (2011) investigaram se portadores de deficiência física apresentam produtividade e estabilidade no seu ritmo de trabalho no Teste Palográfico semelhante às de pessoas sem essas deficiências. A amostra foi composta por 50 participantes com alguma deficiência física, tais como amputação dos membros (inferiores e/ou superiores, exceto na mão dominante), má-formação congênita, distrofia muscular ou paralisia de algum membro, que foi comparada com os dados da amostra normativa do manual do teste, constituída por 405 pessoas, já descrita anteriormente neste capítulo. A média de idades dos indivíduos com deficiência foi de 33,2 anos, e o desvio padrão foi de 2,4, sendo que 28 (56%) eram do sexo masculino, e a maioria (78%) apresentava como escolaridade o ensino médio. Os resultados não indicaram diferenças significantes estatisticamente pelo teste *t* de *Student*, tanto para o total da amostra quanto em função da escolaridade, para a produtividade e para o NOR. Os autores concluíram que os indivíduos com deficiência física não diferem dos participantes da amostra normativa em relação à produtividade e ao ritmo de trabalho, indicando que as normas do manual podem ser empregadas para pessoas com essa característica física.

Baümer e Saraiva (2011) pesquisaram o perfil de 56 mulheres que cumpriam pena em regime fechado em uma prisão em Santa Maria (RS). Para a avaliação, foram usados uma entrevista semiestruturada, o Teste Palográfico e o Inventário Tipológico da Personalidade Quati. Em relação ao Palográfico, a maioria das medidas quantitativas se encontrava na faixa média da população geral. Em relação ao rendimento, o tipo mais frequente (44,7%) foi o irregular/oscilante. A grande maioria das presas mostrou escores médios para distância entre palos, inclinação e tamanho dos palos, inclinação das linhas e distância entre linhas. As médias das margens esquerda e direita também estavam na faixa média da população, mas a média das margens superiores foi diminuída. Foi observado ainda que a maioria das presidiárias não apresentou indicações de impulsividade (25%), depressão (13,8%) e emotividade (8,33%).

Senden, Lopes, Nascimento, Terroso e Argimon (2013) realizaram um levantamento do perfil de personalidade de profissionais na área de saúde. A amostra foi formada por 83 profissionais de atendimento de uma prestadora de serviços médicos, entre eles recepcionistas, técnicos de

enfermagem e pessoal de apoio. A maior parte do grupo era do sexo feminino (97,6%), as idades variaram entre 18 e 51 anos (média de 29,6 anos e desvio padrão de 7,8), e a escolaridade variou entre ensino médio e superior completo, com tempo médio de empresa de 3,2 anos. Os participantes foram submetidos ao Teste Palográfico para obter o perfil dos profissionais em uma área que lida com o sofrimento das pessoas que procuram esse tipo de serviço, de modo a auxiliar nos processos de seleção de pessoas que tenham maiores condições de exercer a atividade. Foram avaliadas as características: relacionamento interpessoal, produtividade, ritmo de produção, organização, autoestima e impulsividade.

Os resultados não mostraram diferenças significantes na produtividade em relação ao tempo de empresa e à idade, na autoestima em relação à escolaridade e no relacionamento interpessoal em relação à idade. Os principais resultados mostraram que 91% do grupo apresentou autoestima média (boa adaptação ao meio, ponderação e afetividade estável) e 88% apresentaram relacionamento interpessoal médio (respeito ao limite no convívio com as pessoas). Em relação à produtividade, os resultados variaram entre médios e superiores à média em 84% dos participantes, e 54,5% do grupo apresentou NOR na faixa média, o que poderia indicar instabilidade no ritmo de trabalho, mas com adaptação adequada nas tarefas que envolvem rotina. Em relação à impulsividade, 80,7% obtiveram resultados na média (o que indica estabilidade nas ações e conduta flexível), e 16,9%, diminuída (tendência perfeccionista). A organização foi considerada regular em 47% dos participantes e boa em 39,8% (apontando maior preocupação com a qualidade das tarefas, que são realizadas com mais cuidado). Em suas conclusões, os autores ressaltaram a importância da realização de mais estudos na área e de avaliações psicológicas com qualidade nos processos seletivos, realizados por profissionais qualificados, destacando a importância de verificar o quanto o candidato tem condições de exercer a função de forma produtiva e segura.

Conti (2014) teve como objetivo atualizar os parâmetros psicométricos do Psicodiagnóstico Miocinético (PMK). Assim, para obter evidências de validade, ele comparou os resultados do PMK de sua amostra com os do Palográfico, uma vez que ambos são testes de personalidade expressivos e avaliam algumas características de personalidade em comum. Sua amostra foi composta por 210 adultos, todos destros, divididos em quatro grupos: 50 mulheres com quadro depressivo, 50 esquizofrênicos (35 homens e 15 mulheres), 50 homens reincidentes do sistema prisional do estado de São Paulo, e um grupo-controle, composto por 60 participantes (29 mulheres e 31 homens). Os participantes foram avaliados pela entrevista clínica estruturada para o DSM-IV-TR para determinar a presença de comorbidades, avaliar a presença de depressão e esquizofrenia nos pacientes, bem como a ausência de patologias nos participantes do grupo-controle.

Para a comparação dos resultados do PMK com os do Palográfico, as medidas nos dois testes foram transformadas em escores-*z*. Depois, foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson. Considerando a amostra total, as correlações entre agressividade e ganchos na parte direita foram significantes ($p < 0,01$). As correlações mais altas ocorreram para o Desvio Primário Sagital do Ziguezague (0,518), e, na mão esquerda, para o Desvio Primário do Lineograma Sagital da Mão Direita (0,463). No grupo de presos, todas as correlações foram significantes, a mais alta foi entre os ziguezagues das duas mãos e os ganchos do lado direito (0,788). Esses dados indicaram que os dois testes avaliam o mesmo construto (Conti, 2014; Conti & Alves, 2016). Também foi constatado que as correlações obtidas no grupo de presos

foram maiores do que as da amostra total, o que confirma a maior agressividade dos presos em relação às outras amostras.

Marques (2014) investigou a precisão da avaliação entre dois psicólogos especialistas na avaliação psicológica no contexto do trânsito para avaliar e classificar 60 protocolos do Palográfico de candidatos à CNH em aptos ou inaptos temporários. Seu segundo objetivo foi identificar os perfis da personalidade dos candidatos no que diz respeito às características produtividade, NOR, agressividade, emotividade e impulsividade. As avaliações foram realizadas por cada especialista separadamente, sem que um tivesse conhecimento da avaliação do outro. As duas avaliações foram comparadas para determinar o grau de concordância entre eles. Os resultados mostraram discordâncias em apenas dois casos (96,7% de concordância). Para atingir o segundo objetivo do trabalho, era necessário chegar a um consenso da avaliação em aptos e inaptos temporários. As discordâncias foram resolvidas por um terceiro examinador, que considerou os dois casos como inaptos.

Os protocolos foram divididos em dois grupos (aptos e inaptos temporários) e foram calculadas as frequências das variáveis mencionadas anteriormente, usando os critérios das classificações das tabelas de avaliação disponíveis no manual do teste. A produtividade foi mais baixa para os candidatos considerados inaptos, sendo que 75% dos aptos tiveram produtividade média (64%) ou média superior (11%), enquanto 78% dos inaptos tiveram produtividade média inferior (22%) e inferior (56%). Para o NOR, 51,0% obtiveram valores considerados baixos (47,0%) e muito baixos (4,0%). O NOR médio apareceu em 37,2% dos casos, e o alto, em 11,7%. Entre os inaptos, 33% apresentaram resultados considerados altos, 45%, médios, e 22%, baixos. No que diz respeito à agressividade, 39,2% dos aptos obtiveram resultados médios, e 27,4%, um desvio padrão acima da média. Entre os inaptos, 34% obtiveram agressividade muito aumentada, 11%, aumentada, 33%, na média, e 22%, um desvio padrão acima da média. Em relação à emotividade, entre os aptos, 63% mostraram emotividade média, 21%, diminuída, e 16%, um desvio padrão acima da média. Para os inaptos, 44% apresentaram o resultado considerado médio, e 56% apresentaram um desvio padrão acima da média. A impulsividade foi considerada na média para 58,8% dos aptos (em 21,6%, diminuída, e em 3,9%, muito diminuída). Segundo o autor, 84,3% dos aptos foram avaliados como tendo impulsividade controlada, e outros 15,7%, impulsividade aumentada. Entre os inaptos, 33% tiveram resultados acima da média (22% aumentados, e 11% muito aumentados), 56% tiveram resultados médios e 11%, diminuídos.

Marques (2014) concluiu que sua pesquisa mostra a existência de alguns critérios precisos para avaliar o condutor, o que de certa forma colabora para uma avaliação de qualidade e para discriminar aptos de inaptos. Ainda que esses perfis possam não estar claramente definidos, há uma forte tendência de concordância entre os diferentes avaliadores. A produtividade foi a característica que melhor diferenciou os grupos. Os inaptos apresentaram maior tendência à agressividade elevada, emotividade um pouco acima da média, impulsividade elevada e NOR aumentado. No entanto, o autor chama a atenção para o fato de que os protocolos devem ser avaliados como um todo, considerando tantos os resultados quantitativos quanto os qualitativos.

Alves e Silva (2016) realizaram uma pesquisa com o objetivo de obter normas provisórias para uma amostra baiana para algumas medidas do Palográfico e compará-las com as de São Paulo, publicadas no manual do teste. Também foi verificado se a amostra apresentava diferenças entre as médias de homens e mulheres e em relação ao nível de escolaridade. Foram estudadas as variáveis: Produtividade, NOR e Margens (Esquerda, Direita e Superior). A amostra

baiana foi composta por 118 pessoas (35 mulheres e 83 homens), que participaram do processo de avaliação psicológica para aquisição e/ou renovação da CNH, em uma clínica de trânsito, com idades entre 18 e 61 anos, e escolaridade variando entre ensino fundamental e superior. Foram calculadas as estatísticas descritivas das medidas e a significância da diferença entre as médias. Os resultados apontaram diferenças significantes entre as médias apenas para a Produtividade e para Margem Direita. Em relação à Produtividade, as médias da amostra baiana foram menores do que as de São Paulo e maiores para Margem Direita. Também não foram observadas diferenças entre as médias de homens e mulheres para nenhuma das variáveis, mas os participantes com escolaridade fundamental tiveram médias menores do que os outros níveis para a Produtividade, da mesma forma que na amostra do manual. Assim as tabelas do estudo podem ser consideradas como normas provisórias para a Bahia. Contudo, é importante enfatizar a necessidade de outros estudos com um número maior de participantes, uma vez que a amostra utilizada foi pequena e não foram comparadas as demais variáveis avaliadas pelo teste.

Em outra pesquisa com a mesma amostra, Silva e Alves (2016) procuraram verificar quais as relações entre os testes psicológicos empregados na avaliação psicológica de motoristas para a obtenção e/ou renovação da CNH no Brasil. Esses testes avaliam inteligência, personalidade e atenção. Entre os testes frequentemente empregados, os mais usados são: o Teste R-1 para a Inteligência, o Palográfico para a personalidade e os testes de Atenção Concentrada (TEACO), Dividida (TEADI) e Alternada (TEALT). No Palográfico, foram estudadas as variáveis Produtividade, NOR e Margens (esquerda, direita e superior).

Foram calculadas as correlações entre as pontuações dos testes de inteligência e atenção com as do Palográfico. Os resultados indicaram correlações moderadas (entre 0,45 e 0,50) entre os testes de atenção, apontando que eles têm um componente comum, mas também uma especificidade que os diferencia. As correlações entre o R-1 e os testes de atenção (entre 0,34 e 0,43) foram moderadas, e a mais baixa foi obtida com o TEACO (0,279). Esses dados mostram que a atenção é um componente da inteligência, mas tem aspectos que a diferenciam.

O Palográfico apresentou correlação significante (0,25) e baixa entre a Produtividade e a inteligência e com os três testes de atenção (entre 0,28 e 0,36), sugerindo que a velocidade avaliada no Palográfico pode ser responsável pelas correlações com os testes da atenção, uma vez que eles também são aplicados com controle de tempo. O NOR teve correlação negativa significante e baixa com a Produtividade (-0,20), mostrando que o ritmo e a produtividade tendem a ter uma relação inversa. Quanto às margens, foi obtida correlação significante e negativa entre Margem Esquerda e o TEADI (-0,21), positiva com o TEACO (0,19) e também positiva entre Margem Superior e o TEADI (0,22). A Margem Direita não apresentou correlação significante com nenhuma das outras variáveis estudadas, indicando que avalia uma característica diferente das demais.

Fontana e Fegadolli (2016) publicaram um estudo de caso de um homem de 50 anos que exercia a função de motorista profissional (caminhão/carreta) e que foi submetido à avaliação psicológica para a renovação da CNH. Foram aplicados os seguintes testes, considerando a renovação e a avaliação realizada cinco anos antes: Teste Não Verbal de Inteligência R-1 (Alves, 2002), Teste de Atenção Concentrada (TEACO-FF) (Rueda & Sisto, 2009), Teste de Atenção Dividida (TEADI) e Alternada (TEALT) (Rueda, 2010), Teste de Atenção Concentrada (AC) (Cambraia, 2004), Teste Pictórico de Memória (TEPIC-M) (Rueda & Sisto, 2007), Teste Palográfico (Alves & Esteves, 2009) e Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) (Mira, 2014; Fontana & Fegadolli, 2016). Também foi feita uma entrevista com o examinando e com sua

esposa, que relatou algumas mudanças no seu comportamento. Os resultados mostraram que para todos os testes de atenção, memória e inteligência a classificação obtida na segunda avaliação foi inferior. Em especial, os testes de inteligência e atenção foram marcados por uma lentidão na realização da atividade bem como um elevado número de erros e omissões, indicando uma dificuldade nas tarefas. Segundo as autoras, ainda que a produtividade pudesse ser classificada como na média, qualitativamente foram observados sinais de desânimo e fadiga durante a realização do teste. Os testes também evidenciaram sinais de ansiedade, extroversão e relacionamento interpessoal e comportamento social adequados. A esposa informou uma hospitalização recente, com queixa de formigamento em um dos lados do corpo, dores de cabeça, além das mudanças comportamentais (lentidão, humor depressivo e contratura na boca). Na comparação da segunda avaliação com a anterior, foram encontradas diversas discrepâncias nos resultados dos testes de inteligência, memória e atenção e também em relação ao Palográfico (o PMK anterior mostrava energia vital elevada, o que não foi observado na avaliação atual). Esses dados motivaram o encaminhamento do examinando para avaliação neuropsicológica em função da suspeita de um AVC, hipótese que foi confirmada pelo neurologista. Em suas conclusões, as autoras ressaltaram a importância de avaliações psicológicas periódicas para os motoristas, uma vez que esta avaliação se mostrou sensível, inclusive para identificar um possível problema de saúde mais grave, que pode prejudicar o exercício da função de forma segura para o examinando e para a sociedade. Dessa forma, foi possível perceber que os resultados dos testes foram sensíveis para identificar um problema de saúde, que foi depois confirmado pela avaliação médica.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O PALOGRÁFICO E SEU USO

O Palográfico é um teste de personalidade que pode ser aplicado individual ou coletivamente. Uma das suas vantagens é a facilidade e a rapidez da aplicação, sendo amplamente utilizado em avaliações psicológicas para diversas finalidades. Atualmente é muito usado para a avaliação psicológica no contexto do trânsito, tanto para a obtenção quanto para a renovação da CNH (Silva & Alchieri, 2010; Marques, 2014; Alves & Silva, 2016; Fontana & Fegadolli, 2016; Silva & Alves, 2016). Além disso, também é empregado para a concessão de porte de arma, para a avaliação de atividades profissionais realizadas em ambientes confinados e avaliação clínica de uma forma geral (Baümer & Saraiva, 2011; Fonseca, et al., 2011; Senden et al., 2013; Conti, 2014). Outra das vantagens do teste é o fato de não ser influenciado pelo efeito da desejabilidade social, que é comum nos inventários e nas escalas de personalidade, bem como pela dificuldade do examinando para tentar alterar/controlar o comportamento expressivo, além do fato de que ele não sofre efeito da aprendizagem, mesmo que o examinando tenha treinado a tarefa a ser realizada (que, infelizmente, como em muitos outros testes, acaba sendo divulgada na internet).

Uma das grandes dificuldades encontradas hoje em dia, especificamente na área de avaliação psicológica, refere-se aos problemas gerados pela má utilização dos testes psicológicos pelos psicólogos, seja por desconhecimento do teste, por falta de experiência e, sobretudo, por não seguir corretamente as instruções de aplicação, avaliação e interpretação que constam nos seus respectivos manuais. Um dos elementos que contribuem para esse fato é a má formação dos profissionais para realizar a avaliação psicológica. Isso pode ser fruto, entre outras coisas, da diminuição do número e da carga horária das disciplinas voltadas para essa área nos cursos de graduação de psicologia e pela falta de atividades práticas e de supervisão na formação. Muitas vezes, o profissional ao se formar na universidade não adquire experiência suficiente para realizar uma avaliação de qualidade, em função de não ter a oportunidade de conhecer os testes durante a graduação. Isso contribui negativamente para o exercício da profissão do psicólogo de modo geral e para a área de avaliação psicológica em particular, uma vez que essa é a única atividade privativa do psicólogo, garantida pela lei que regulamenta a profissão. O Palográfico é um dos instrumentos que se encaixa nesse contexto. Embora seja um teste que tem um papel importante nas avaliações psicológicas realizadas em todo o Brasil (p. ex., para a concessão de porte de arma e da CNH, avaliações psicossociais para pessoas que atuarão, por exemplo, em ambiente confinado ou trabalho em altura, e seleção de pessoal para diferentes áreas), o que se observa é que, para que os psicólogos aprendam a utilizá-lo adequadamente, necessitam buscar cursos de especialização, uma vez que o Palográfico é ensinado em um número bastante reduzido de universidades.

Uma maneira de modificar esse cenário seria, no âmbito geral, trabalhar pela ampliação das cargas horárias destinadas à área de avaliação psicológica nos cursos de graduação em psicologia a fim de possibilitar maior conhecimento e experiência prática aos futuros profissionais que atuarão nessa área. O fortalecimento do uso de técnicas gráficas e expressivas poderia ser obtido inserindo-as com maior frequência nas grades curriculares em função de sua importância e da qualidade dos resultados que proporcionam. Outra medida que pode ser adotada é a estimulação e a ampliação do número de pesquisas com os testes expressivos para chamar a atenção para a quantidade de informações sobre os examinandos que podem ser obtidas por meio do uso desses instrumentos, colaborando nos processos de avaliação psicológica. Além disso, outro aspecto que

poderia contribuir para a melhoria da formação e o uso dos testes psicológicos em geral seria uma melhor fiscalização da atividade profissional, pelos conselhos regionais de psicologia, pelos Detrans (para o uso no trânsito) e pela Polícia Federal (no caso de avaliações para o porte de arma).

Referências

Allport, G. W. (1966). *Personalidade: Padrões e desenvolvimento*. São Paulo: Herder. (Obra originalmente publicada em 1961).

Allport, G. W., & Vernon, P. E. (1933). *Studies in expressive movement*. New York: The Macmillan Company.

Alves, I. C. B., & Esteves, C. (2004). *O Teste Palográfico na avaliação da personalidade*. São Paulo: Vetor.

Alves, I. C. B., & Esteves, C. (2009). *O Teste Palográfico na avaliação da personalidade*. São Paulo: Vetor.

Alves, I. C. B., & Silva, M. A. (2016). Teste Palográfico: Normas provisórias para uma amostra baiana. *Anais do Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos.* Florianópolis, 8.

Baümer, A., & Saraiva, E. S. (2011). Perfil das mulheres que cumprem pena em regime fechado em Santa Maria/RS. *Anais da Jornada de Pesquisa em Psicologia: Desafios atuais na prática da Psicologia*. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 4.

Bell, J. E. (1971). *Técnicas proyectivas: Exploración de la dinámica de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós. (Obra originalmente publicada em 1964).

Cardoso, T., Esteves, C., Silva, F. C., Arsuffi, E. S., & Franzim, L. Neto. (2014). Precisão do sistema de correção informatizada do Teste Palográfico – SKIP. *Boletim de Psicologia*, *64*(141), 185-194.

Conti, F. D. (2014). *Investigação da validade e precisão do Psicodiagnóstico Miocinético – PMK*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Conti, F. D., & Alves, I. C. B. (2014). Estudo de validade simultânea do Psicodiagnóstico Miocinético – PMK. *Anais do Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica & lV Congresso Latino Americano de Avaliação Psicológica*, Minas Gerais, 11.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem Matemática para Psicologia*. Porto Alegre: Penso.

Feist, J., & Feist, G. J. (2008). *Teorias da personalidade*. (I. P. Santos, C. Mattos, & W. Crestani, trad.). São Paulo: McGraw-Hill.

Fonseca, R. S., Franzim, L., Neto, & Esteves, C. (2011). Análise da produtividade e nível de oscilação rítmica (NOR) em uma amostra de deficientes físicos: Um estudo a partir do Teste Palográfico. *Anais do Congresso Norte Nordeste de Psicologia – Práticas e Saberes Psicológicos e suas Interconexões*. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 7.

Fontana, M. A., & Fegadolli, C. (2016). Avaliação psicológica no contexto do trânsito: Estudo de caso de motorista com acidente vascular cerebral. *Boletim de Psicologia, LXVI*(144), 37-46.

Frank, L. K. (1965). Projective methods for the study of personality. In B. J. Murstein. *Handbook of projective techniques.* (pp. 1-22). New York: Basic Books.

Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. (M. A. V. Veronese, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra originalmente publicada em 1998).

Hammer, E. F. (1991). Aspectos expressivos dos desenhos projetivos. In E. F. Hammer. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Obra originalmente publicada em 1958).

Klages, L. (1959). *Escritura y carácter. Manual de técnica grafológica.* Buenos Aires: Paidós. (Obra originalmente publicada em 1917).

Marques, R. P. (2014). *Aspectos da personalidade no Teste Palográfico de candidatos à carteira de habilitação.* Trabalho de Conclusão de Especialização, Universidade Paulista, Maceió.

Meyer, G. J., & Kurtz, J. E. (2006). Advancing personality assessment terminology: Time to retire "objective" and "projective" as personality tests descriptors. *Journal of Personality Assessment, 87*(3), 223-225.

Minicucci, A. (1976). *Teste Palográfico. Manual*. São Paulo: Vetor.

Minicucci, A., & Bastos, I. R. (1961). O Teste Palográfico do Prof. Escala. *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica, 13*(1), 17-22.

Mira, A. M. G. (1987). *PMK: Psicodiagnóstico Miocinético*. São Paulo: Vetor.

Mira, A. M. G. (2004). *PMK: Psicodiagnóstico Miocinético*. (3a ed. rev. e ampliada). São Paulo: Vetor.

Muñiz, J., & Hambleton, R. K. (1999). Evaluación psicométrica de los tests informatizados. In J. Olea, V. Ponsod, & G. Prieto (Orgs.), *Testes informatizados: fundamentos y aplicaciones*. (pp.23-52). Madrid: Ediciones Pirámide.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2002). *Teorias da personalidade*. (E. Kanner, trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Senden, D. A., Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L., Terroso, L. B., & Argimon, I. I. L. (2013). Análise da personalidade de profissionais da área da saúde: Um estudo pelo teste Palográfico. *Aletheia*, (42), 62-70.

Silva, F. H. V. C., & Alchieri, J. C. (2010). Validade preditiva de instrumentos psicológicos usados na avaliação psicológica de condutores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *26*(4), 695-706.

Silva, M. A., & Alves, I. C. B., (2016). Relações entre os testes de avaliação psicológica de motoristas. *Anais do Congresso da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos*, Florianópolis, 8.

Vane, J. B., & Guarnaccia, V. J. (1989). Personality theory and personality assessment measures: How helpful to the clinician? *Journal of Clinical Psychology*, *45*(1), 5-19.

Van Kolck, O. L. (1974-1975). *Técnicas de Exame Psicológico e suas aplicações no Brasil* (Vol. 2, Testes de Personalidade). Petrópolis: Vozes.

Van Kolck, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.

Vels, A. (2003). *Grafologia estrutural e dinâmica. Interpretação psicológica dos sinais gráficos por zonas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wolf, W., & Precker, J. A. (1956). Expressive movement and the methods of experimental depth Psychology. In H. H. Anderson, & G. L. Anderson, *An introduction to projective techniques.* (4th ed., pp. 416-456). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc. (Obra originalmente publicada em 1951).

18

INTEGRAÇÃO ENTRE TEORIA, PESQUISA E PRÁTICA NO PSICODIAGNÓSTICO DA PERSONALIDADE: RELATO DE CASO

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

São frequentes as queixas por parte de alunos de psicologia de que a pesquisa está distante da prática. Em alguns casos, essa queixa pode até ser legítima, mas, em outros, o que de fato ocorre é uma dificuldade em se estabelecer as fortes e coerentes relações existentes entre a pesquisa e a prática em psicologia. O presente capítulo tem como objetivo apresentar a relação entre pesquisa e prática no psicodiagnóstico da personalidade. Espera-se que este capítulo também sirva como material de apoio pedagógico no ensino da prática do psicodiagnóstico. Para tanto, será apresentado um caso clínico que servirá de base para a discussão sobre a condução de um psicodiagnóstico e suas relações com as teorias e pesquisas em psicologia. Será apresentado o caso de uma paciente com transtorno da personalidade e será feita uma discussão acerca dos principais modelos diagnósticos encontrados na literatura contemporânea e suas implicações clínicas na vida real. Esse caso foi escolhido por oferecer bases para a discussão da aplicabilidade clínica do modelo híbrido de diagnóstico proposto na quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2014).

Esse caso advém da minha pesquisa de doutorado, realizada no Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP), e foi atendido no Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)[1]. Cabe ressaltar que a publicação dos resultados da avaliação foi autorizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecida (TCLE) da pesquisa. Com a finalidade de garantir o anonimato da pessoa avaliada, alguns dados foram alterados e/ou omitidos[2], lembrando que todos os nomes são fictícios. Com vistas a auxiliar o desenvolvimento do raciocínio clínico no psicodiagnóstico, todos os resultados quantitativos e qualitativos das técnicas empregadas são

apresentados. A ideia é fornecer todo o caminho percorrido desde a descrição das demandas até as conclusões alcançadas, interconectando as teorias psicológicas aplicadas ao caso, assim como os achados de pesquisas em psicologia e suas relações com a prática profissional.

CASO ALESSANDRA: “EU QUERIA SER NORMAL, EU QUERIA MUDAR TUDO”

Contextualização, motivo da avaliação e descrição das demandas

A primeira atividade do psicólogo no processo de psicodiagnóstico é compreender os motivos da avaliação, assim como contextualizá-la. Essa atividade já fornece ao profissional dados importantes que poderão servir de base para a condução da entrevista de anamnese e/ou entrevista clínica, assim como para a formulação de hipóteses diagnósticas iniciais. Algumas perguntas precisam ser respondidas nesse momento, como: “Trata-se de uma busca espontânea por avaliação ou de um encaminhamento?”. Se a busca for espontânea: “Quem está buscando a avaliação?” e “Qual o motivo?”. Se for um encaminhamento: “Quem está encaminhando?” e “Qual o motivo?”. É importante nesse momento identificar as principais queixas.

Contextualizando o caso-exemplo deste capítulo: psicólogos de Porto Alegre e região receberam um *e-mail* do GEAPAP solicitando que indicassem pacientes com suspeitas de transtorno da personalidade para uma avaliação psicológica, como parte da pesquisa intitulada *Avaliação estrutural e dimensional da personalidade: estudos psicométricos e de aplicação clínica* (Oliveira, 2016). Alessandra da Silva foi, então, encaminhada por sua psicóloga (Rosângela Assunção), e o motivo da avaliação estava mais relacionado às necessidades da psicóloga que tratava a paciente do que com a própria paciente. A psicóloga não estava conseguindo resultados positivos após 15 sessões de psicoterapia. Rosângela disse: “ela é muito refratária e não consigo desenvolver os planejamentos terapêuticos”. Rosângela gostaria de compreender melhor o funcionamento da personalidade de Alessandra, pois suspeitava de que a paciente tivesse algum transtorno da personalidade por apresentar um padrão de comportamento inflexível e pouco adaptativo. Apesar de o motivo da avaliação estar claramente associado às necessidades da psicóloga, é possível inferir que a positiva adesão da paciente ao processo avaliativo reflete demandas pessoais, as quais são conhecidas como motivos implícitos (Raimundo, 2007).

Para fins pedagógicos, ao final é apresentado um modelo[3] de laudo psicológico sobre o caso em ilustração. Ao longo do capítulo, o leitor será convidado a ler partes do laudo para ir se familiarizando com o caso, com o processo de construção clínica do caso e com a elaboração do documento. Convido o leitor a ir, neste momento, ao Apêndice deste capítulo e ler o item Descrição da demanda, em seguida retorne a leitura daqui.

Descrição da paciente e dos principais aspectos da sua história pessoal e clínica

O próximo passo do psicodiagnóstico é levantar informações pertinentes à história do paciente que possam estar relacionadas às queixas atuais. A tarefa do psicólogo aqui é fazer um estudo cronológico da vida do paciente, tentando verificar eventos de vida, aspectos socioambientais e condições de saúde bio-físico-psicológicas que elucidam o seu estado atual. Procedimentos como a entrevista semiestruturada de anamnese e entrevistas estruturadas de sintomas psicológicos são bastante úteis para esse fim. É importante que o psicólogo esteja atento aos comportamentos do paciente (se colaborativo, resistente, monossilábico, verborrágico, etc.) e que utilize técnicas apropriadas para a obtenção das informações necessárias.

O protocolo de avaliação da pesquisa do caso-exemplo deste capítulo não previa uma entrevista de história pessoal e clínica. Dessa forma, são reportadas somente algumas informações que puderam ser identificadas durante os procedimentos avaliativos. Sugiro ao leitor ir neste exato momento ao Apêndice e fazer a leitura do tópico “História clínica”. Sugiro que seja feita a leitura somente desse tópico e logo após retorne aqui. Isso ajudará o leitor a acompanhar todo o raciocínio clínico de forma progressiva.

Procedimentos e aspectos técnicos

No processo de psicodiagnóstico, uma vez que o psicólogo tenha feito a delimitação da demanda da avaliação e a entrevista de história pessoal e clínica, ele já tem condições de formular as hipóteses iniciais e de esboçar uma estratégia de avaliação. Nesse momento, o psicólogo pode estimar o número necessário de sessões para o emprego das técnicas e a finalização do psicodiagnóstico. Pode ser feito, então, o contrato de trabalho, lembrando que é importante considerar nesse contrato a possibilidade de adição ou subtração de sessões com a finalidade de atender às especificidades do caso. Indica-se também incluir no contrato a estimação de tempo de trabalho de levantamento dos instrumentos e de redação de documentos psicológicos. Uma questão ética importante que emerge nesse momento refere-se à escolha das técnicas que serão empregadas. O psicólogo deve escolher as técnicas que melhor respondam às hipóteses formuladas e deve cuidar para não submeter o paciente a técnicas desnecessárias, aumentando, com isso, o número de sessões.

A escolha das técnicas do caso ilustrativo visou a responder às perguntas da pesquisa e não necessariamente às questões específicas da paciente. O Quadro 18.1 apresenta as técnicas empregadas, com uma breve descrição das técnicas e dos objetivos desejados para cada uma delas. O leitor pode observar que foram usados mais de um instrumento para responder a uma única pergunta (presença de transtornos da personalidade: SCID-II, SWAP-200 e PID-5; funcionamento da personalidade: IPO-Br, PODF e LPFS). Na clínica, geralmente o psicólogo seleciona aquele instrumento que melhor poderia responder à pergunta do psicodiagnóstico. No caso de algum resultado inesperado ou de invalidação do protocolo, o profissional pode valer-se de outro instrumento com a finalidade de esclarecer a questão ainda não respondida claramente. Ao final, os dados serão cruzados com a percepção e a avaliação clínica.

QUADRO 18.1
Descrição das técnicas empregadas para a avaliação do caso Alessandra

Técnica	Descrição	Objetivo
Questionário Sociodemográfico e de Saúde (QDSCS)	Questionário de autorrelato com itens sobre nível de escolaridade, renda, uso de medicação psiquiátrica, problemas com bebida, cigarro e drogas	Caracterizar nível socioeconômico e cultural e aspectos da saúde
Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I (SCID-I)	Entrevista para detecção de sintomas e quadros clínicos dos principais transtornos mentais do eixo I do DSM-IV-TR	Identificar presença de transtornos mentais
Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo II (SCID-II)	Entrevista para detecção de traços patológicos da personalidade de acordo com o eixo II do DSM-IV-TR	Identificar presença de transtornos da personalidade

Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br)	Questionário de autorrelato com 83 itens que avaliam as funções psicológicas para o diagnóstico estrutural de acordo com a teoria da organização da personalidade	Identificar nível estrutural da personalidade
Desenho da Figura Humana (DFH)	Técnica projetiva gráfica na qual se solicita o desenho de uma figura humana e em seguida o desenho da figura humana do sexo oposto ao do primeiro desenho	Técnica "ponte" entre a aplicação de dois inventários
Bateria Fatorial da Personalidade (BFP)	Questionário de autorrelato contendo 126 itens para a avaliação de traços normativos da personalidade (Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade)	Identificar nível dos traços normativos da personalidade
Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5)	Questionário de autorrelato contendo 220 itens para a avaliação de traços patológicos da personalidade de acordo com o critério B do DSM-5	Identificar nível dos traços patológicos da personalidade
Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF)	Formulário contendo 21 itens preenchidos pelo clínico para o diagnóstico estrutural de acordo com a teoria da organização da personalidade	Identificar nível estrutural da personalidade
Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS)	Escala pontuada pelo clínico para a avaliação do nível de funcionamento da personalidade de acordo com o critério A do DSM-5	Identificar nível do funcionamento da personalidade
Procedimento de Avaliação Shedler e Westen (SWAP-200)	Escala composta por 200 itens pontuada pelo clínico para a avaliação de traços da personalidade segundo o modelo prototípico de Shedler e Westen	Identificar nível dos traços patológicos da personalidade

Ao todo foram realizados três encontros com a paciente (ver Tab. 18.1). No primeiro encontro, foram feitos os seguintes procedimentos: explicação da pesquisa; estabelecimento do *rapport*; assinatura do TCLE; e aplicação dos instrumentos Questionário Sociodemográfico e de Saúde (QDSCS), Entrevista Clínica Estruturada para o Eixo I (SCID-I) e Entrevista Clínica Estruturada para o Eixo II (SCID-II). Nesse primeiro encontro, foi feita a acolhida à paciente e em seguida foram esclarecidos os motivos da pesquisa com a leitura e a assinatura do TCLE. A primeira atividade avaliativa consistiu no preenchimento do QDSCS. Esse questionário foi desenvolvido especificamente para a pesquisa e consistia de questões referentes ao nível educacional e econômico e a estados e condições de saúde física e psicológica. O questionário também se propunha a avaliar o risco para suicídio e problemas como o uso de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas. Logo em seguida foram realizadas as entrevistas estruturadas (SCID-I e SCID-II) para a averiguação da presença de transtornos mentais de acordo com o modelo diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002).

TABELA 18.1
Planejamento das sessões do caso Alessandra

Encontros	Atividades	Tempo de duração
1	*Rapport* – TCLE – QDSCS – SCID-I – SCID-II	2h15min
-	PODF – LPFS	1h
-	SWAP-200	1h
2	IPO-Br – DFH – BFP	1h
3	PID-5 – Devolutiva	1h

Nota: O sinal "-" significa que os instrumentos foram preenchidos, respectivamente, pelo pesquisador e pela terapeuta da paciente fora do horário da sessão de atendimento. O Quadro 18.1 apresenta os significados das siglas dos instrumentos utilizados.

Terminada essa primeira sessão, o avaliador pontuou os instrumentos Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF) e Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS), com base nas informações coletadas pelas entrevistas estruturadas. Outra estratégia de avaliação foi solicitar à psicoterapeuta de Alessandra para pontuar o Procedimento de Avaliação Shedler e Westen (SWAP-200), incluindo um terceiro informante no psicodiagnóstico. No segundo encontro com a paciente, foram aplicados os instrumentos Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br), Desenho da Figura Humana (DFH) e Bateria Fatorial da Personalidade (BFP). O DFH foi utilizado como uma "técnica-ponte" entre a realização de dois inventários, para que a paciente não se sentisse cansada em preencher dois instrumentos relativamente longos de forma consecutiva. No terceiro e último encontro, a paciente respondeu ao Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5) e teve a entrevista devolutiva. Note que o PID-5 não foi considerado na devolutiva da paciente por razões metodológicas da pesquisa[4].

Cabe fazer aqui um comentário sobre a duração de 2 horas e 15 minutos da primeira sessão. A prática de uma sessão com duração de 2 horas não é muito comum na clínica, contudo também não é incomum. Dependendo dos instrumentos a serem utilizados e de possíveis prazos para a entrega de resultados, o psicólogo pode solicitar sessões duplas. Contudo, decisões importantes devem ser tomadas para a condução de sessões longas, tais como: as técnicas e a ordem de sua administração na sessão; e se a sessão será composta de 2 horas consecutivas ou com intervalo entre os atendimentos. É importante que o psicólogo minimize possíveis vieses de respostas, como, por exemplo, colocar um teste de atenção concentrada ao final de uma sessão de 2 horas consecutivas (nesse caso, se o resultado ficar abaixo da média, o que explicaria esse rebaixamento seria um déficit de atenção ou o efeito do cansaço físico e/ou psicológico pela longa sessão?).

Julgo pertinente apresentar ao leitor, mesmo que brevemente, os instrumentos selecionados para a avaliação. É importante que o psicólogo conheça e domine as técnicas que são escolhidas, de modo a conseguir extrair delas informações relevantes para o estudo psicológico do paciente. Além disso, é importante que o psicólogo conheça as bases teóricas que as fundamentam para que as interpretações dos resultados sejam adequadas e válidas.

A SCID-I é uma entrevista semiestruturada composta por perguntas relacionadas a sintomas psicológicos (i.e., critérios sintomatológicos para o diagnóstico de um dado transtorno mental). A SCID-I é organizada em seis grandes categorias, a saber: A) episódios de humor; B) sintomas psicóticos e associados; C) diagnóstico diferencial dos transtornos psicóticos; D) transtornos do humor; E) transtornos de uso de álcool e outras substâncias; e F) transtornos de ansiedade e outros transtornos. Nota-se que o avaliador não precisa fazer a investigação de todos os sintomas de um dado transtorno, isto é, a SCID-I tem um sistema de aplicação baseado em um algoritmo que guia o aplicador para as perguntas que ele deve ou não fazer. As respostas à SCID-I são codificadas de acordo com os símbolos "?", "-" e "+", onde "?" significa que o critério não pôde ser avaliado ou que ele não foi adequadamente clarificado; "-" significa que o critério não foi satisfeito, isto é, que a pessoa não tem o sintoma; e "+" significa que o critério foi satisfeito, isto é, que a pessoa apresenta o sintoma. O diagnóstico final é dado de acordo com os algoritmos de satisfação de critérios, isto é, se a pessoa recebeu os códigos "+" previstos para um dado transtorno mental.

A SCID-II, por sua vez, é composta por questões relacionadas a traços patológicos da personalidade. As respostas são codificadas em quatro códigos, a saber: "?", "1", "2" e "3"; "?"

significa que o traço não pôde ser avaliado ou que ele não foi adequadamente clarificado; “1” significa que a pessoa não tem o traço; “2” significa que a pessoa tem o traço em nível subliminar, isto é, sem trazer-lhe prejuízos clinicamente significativos; e “3” significa que a pessoa tem o traço em nível clinicamente significativo. Para o critério ser pontuado como “3”, o traço deve ser patológico (deve ser diferente do que é considerado normal pela cultura), persistente (deve estar presente desde o final da adolescência ou início da idade adulta) e pervasivo (deve estar presente em vários contextos da vida da pessoa). A SCID-II pode ser aplicada totalmente em forma de entrevista ou utilizando-se o Questionário de Personalidade da SCID-II para selecionar previamente os critérios que devem ser investigados. A SCID-II possibilita o diagnóstico dos 10 tipos de transtornos da personalidade descritos no DSM-IV-TR (APA, 2002), quais sejam: transtorno da personalidade evitativa, transtorno da personalidade dependente, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno da personalidade histriônica, transtorno da personalidade *borderline*, transtorno da personalidade narcisista, transtorno da personalidade antissocial, transtorno da personalidade paranoide, transtorno da personalidade esquizoide e transtorno da personalidade esquizotípica. Nota-se que a SCID-II apresenta, também, os critérios para o diagnóstico do transtorno da conduta (que é critério para o diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial) e os critérios para o diagnóstico dos transtornos da personalidade depressiva e passivo-agressiva (que estavam indicados para estudos futuros no DSM-IV-TR; APA, 2002). A categoria transtorno da personalidade sem outra especificação também está disponível na SCID-II. O diagnóstico de um dado transtorno é dado com base nos algoritmos de critérios descritos no DSM-IV-TR (APA, 2002).

Vale ressaltar que a pontuação das respostas dos pacientes, em ambas as SCIDs, consiste na combinação “paciente + avaliador”; isto é, nem toda resposta positiva dada pelo paciente será codificada como “+” ou “3”, assim como nem toda resposta negativa será codificada como “-” ou “1”. A decisão final para a pontuação dos critérios é do clínico e deve ser baseada: 1) no conteúdo e na forma da resposta do sujeito; 2) nas observações do comportamento durante a entrevista; 3) nas informações prévias do caso; e 4) na *expertise* do clínico em psicopatologia. As duas versões da SCID estão adaptadas para o português brasileiro, sendo que a SCID-I já tem estudos brasileiros de validade e fidedignidade publicados (Del-Ben et al., 2001), enquanto a SCID-II foi traduzida e adaptada por Melo e Rangé (2010). Nota-se ainda que as duas SCIDs são baseadas no modelo diagnóstico do DSM-IV-TR, o qual entende que os transtornos mentais são “entidades independentes”, isto é, que são categorias de classificação na qual uma pessoa tem ou não um dado transtorno. Esse é o chamado modelo categorial (ou modelo categórico) dos transtornos mentais. Os critérios de classificação dos transtornos, nesse modelo, foram elaborados com base na opinião de especialistas (médicos psiquiatras).

O PODF ainda está em fase de estudos no Brasil. Ele foi traduzido para o português brasileiro (Oliveira & Bandeira, 2013a), e os estudos de suas propriedades psicométricas no Brasil estão em fase inicial. Contudo, internacionalmente tem se mostrado um instrumento válido e fidedigno para o diagnóstico estrutural da personalidade (Gamache et al., 2009). Trata-se de um instrumento com 21 itens distribuídos em cinco dimensões, a saber: integração-difusão da identidade (com seis itens pontuados em escala de 7 pontos: -3 Difusão da Identidade a +3 integração da identidade); defesas primitivas (com cinco itens pontuados em uma escala de 4 pontos de frequência: 0 ausência de ocorrência a 3 ocorrência frequente); defesas maduras (com cinco itens com escala de 4 pontos de frequência); teste de realidade (com quatro itens pontuados em uma escala de 4 pontos de frequência); e relações de objeto (com um item pontuado em uma

escala de 5 pontos, sendo cada ponto da escala referente a um tipo de relação objetal, 1 simbiótica e 5 edípica).

O PODF foi elaborado com a finalidade de auxiliar no diagnóstico estrutural da personalidade, de acordo com a teoria psicodinâmica da organização da personalidade (Kernberg, 1995). O diagnóstico estrutural é feito com base no nível de funcionamento da identidade, dos mecanismos de defesa e do teste de realidade. Kernberg (1995) propôs a existência de quatro níveis de organização da personalidade (OP), a saber: organização da personalidade normal (OPNo), organização da personalidade neurótica (OPNe), organização da personalidade *borderline* (OPBo) e organização da personalidade psicótica (OPPs). As OPNo e OPNe são caracterizadas por uma identidade integrada, por uso predominante de defesas maduras e por uma capacidade intacta para testar a realidade. O que diferencia esses níveis de OP é a rigidez, sendo que pessoas com OPNe apresentam maior rigidez na manifestação de traços da personalidade do que as pessoas com OPNo, que apresentam maior flexibilidade e adaptabilidade. A OPBo é caracterizada por uma identidade difusa, por uso predominante de defesas primitivas e por um teste de realidade que pode variar de adequado a prejudicado. Por fim, a OPPs é caracterizada por uma identidade difusa, defesas primitivas e teste de realidade bastante prejudicado ou ausente. O diagnóstico estrutural, realizado por meio do PODF, é baseado, portanto, na impressão e nas observações clínicas (Oliveira & Bandeira, 2013b).

A LPFS é a escala proposta pelo DSM-5 (APA, 2014) para a avaliação do nível de funcionamento da personalidade de acordo com o critério A para o diagnóstico dos transtornos da personalidade do modelo alternativo. O critério A consiste na presença de prejuízos moderados em ao menos duas dimensões do funcionamento da personalidade. O modelo propõe dois grandes domínios, a saber: o funcionamento do *self* e o funcionamento interpessoal. Para a avaliação do funcionamento do *self*, o psicólogo deve examinar aspectos referentes à identidade da pessoa (autoconceito, autoestima e autorregulação emocional) e à capacidade de autodirecionamento (metas de vida, comportamentos pró-sociais e autorreflexão). Para a avaliação do funcionamento interpessoal, o psicólogo deve analisar a capacidade da pessoa para a empatia (entender os motivos e as necessidades dos outros, tolerar diferentes opiniões e entender que o próprio comportamento tem efeito sobre os outros) e para a intimidade (duração e profundidade das relações, desejo e capacidade de manter vínculos e mutualidade de respeito nas relações). Para cada um dos quatro subdomínios (Identidade, Autodirecionamento, Empatia e Intimidade), o psicólogo deve pontuar o funcionamento do paciente utilizando uma escala de 5 pontos (de 0 “sem prejuízo ou pouco prejuízo” a 4 “prejuízo extremo”). Para cada um dos 5 pontos da escala, existe um texto prototípico que o psicólogo deve utilizar como parâmetro para pontuar o funcionamento do paciente. O indicativo de um transtorno da personalidade é sinalizado quando o paciente recebe um escore igual ou maior do que “2” (prejuízo moderado) em pelo menos dois dos quatro subdomínios. Pesquisas internacionais têm indicado evidências de validade e fidedignidade dessa escala (Bach, Markon, Simonsen, & Krueger, 2015; Few et al., 2013, 2015; Morey, Bender, & Skodol, 2013; Morey & Skodol, 2013; Zimmermann et al., 2014).

O SWAP-200 é um instrumento pontuado pelo clínico, composto por 200 itens. É baseado no método Q-Sort (Bigras & Dessen, 2002) e pressupõe um sistema de escolha forçada. Isto é, os 200 itens devem ser distribuídos em oito categorias (que vão da categoria 0, utilizada para os itens que não descrevem de forma alguma o paciente, até a 7, para os itens que descrevem perfeitamente o paciente). Essas categorias têm um número preestabelecido de quantidade de itens, isto é, 100 dos 200 itens devem ser indicados para a categoria 0, a categoria 1 deve conter

22 itens, a categoria 2 deve ter 18 itens, a categoria 3 deve ter 16 itens, a categoria 4 deve ter 14 itens, a categoria 5 deve ter 12 itens, a categoria 6 deve ter 10 itens e a categoria 7 deve ter 8 itens. O sistema de avaliação oferece escores T (que são escores padronizados nos quais a média é igual a 50 e o desvio padrão é igual a 10) para três grupos de dados e um total de 37 escalas. A seguir são apresentados esses grupos com suas respectivas escalas:

1. **Transtornos da personalidade segundo o DSM-IV:** são apresentados escores T para os perfis de combinação prototípica dos transtornos da personalidade. São apresentados escores para escalas dos transtornos da personalidade paranoide, esquizotípica, esquizoide, antissocial, *borderline*, histriônica, narcisista, evitativa, dependente, obsessivo-compulsiva, depressiva e também para o Índice de Saúde Psicológica.
2. **Síndromes de personalidade do SWAP:** são apresentados escores T para os perfis de personalidade extraídos do SWAP-200 pelo método Q-Sort. São apresentados escores para personalidade disfórica, antissocial-psicopática, esquizoide-esquizotípica, paranoide, obsessiva, histriônica, narcisista, evitativa, alto funcionamento depressivo, *borderline*, dependente-vitimizada, hostil-externalizante e Índice de Saúde Psicológica.
3. **Fatores de personalidade do SWAP:** são apresentados escores T para os traços de personalidade advindos da análise fatorial do SWAP-200. São apresentados escores para saúde psicológica, psicopatia, hostilidade, narcisismo, desregulação emocional, disforia, orientação esquizoide, obsessividade, transtorno do pensamento (ou esquizotipia), conflito edípico, dissociação e conflito sexual.

O diagnóstico da personalidade no SWAP-200 é baseado no modelo prototípico, isto é, o sistema de apuração verifica o quanto o perfil descrito do paciente combina com os perfis estabelecidos previamente (protótipos). O grau de combinação (similaridade) é dado por meio do escore T, sendo que um escore de 55 indica que o paciente apresenta características do transtorno, e escores iguais ou maiores que 60 indicam que o paciente tem o transtorno. O SWAP-200 foi recentemente adaptado para o Brasil e os dados psicométricos preliminares foram investigados na tese de doutorado de Wellausen (2014). Esse é um instrumento amplamente utilizado no contexto internacional, e existem diversos estudos indicando evidências de validade e fidedignidade desse modelo prototípico de diagnóstico da personalidade (Shedler & Westen, 1998, 2004; Westen & Chang, 2000; Westen & Muderrisoglu, 2003; Westen & Shedler, 1999).

O IPO-Br (Clarking, Foelsch, & Kernberg, 2001; Oliveira & Bandeira, 2011) é um instrumento de autorrelato composto por 83 itens que são pontuados em uma escala de 5 pontos (1 nunca verdadeiro e 5 sempre verdadeiro). O IPO-Br foi construído de acordo com a teoria da organização da personalidade (anteriormente descrita). Ele é composto de cinco escalas[5] sendo que três compõem as Escalas Clínicas Primárias (a saber: Difusão de Identidade [DI]; Defesas Primitivas [DP]; e Teste de Realidade [TR]) e as outras duas compõem as Escalas Adicionais (a saber: Agressão [Ag]; e Valores Morais [VM]). As Escalas Clínicas Primárias avaliam as funções centrais para o diagnóstico estrutural segundo o modelo de Kernberg (1995) e as escalas adicionais são variáveis que se alteram significativamente em casos graves de transtornos da personalidade. O IPO-Br foi adaptado para o Brasil (Oliveira & Bandeira, 2011) e têm sido reportadas evidências de validade e fidedignidade na cultura brasileira (Oliveira & Bandeira, 2011; Oliveira, Machado, & Bandeira, 2012).

O DFH consiste na apresentação de uma folha de papel A4 na posição vertical e na solicitação para o indivíduo fazer o desenho de uma pessoa. Ao término do desenho, faz-se o inquérito do sexo da figura desenhada e, então, apresenta-se outra folha de papel A4 na posição vertical e solicita-se o desenho de uma pessoa do sexo oposto ao da primeira figura desenhada. Ao final do segundo desenho, pede-se para a pessoa utilizar a imaginação para responder a algumas perguntas sobre os desenhos. Para encerrar a tarefa, foi solicitado que a paciente contasse uma história que tivesse começo, meio e fim e que envolvesse as duas pessoas por ela desenhada. Não existe um sistema padronizado e normatizado no Brasil para a execução e a interpretação do DFH. Dessa forma, a aplicação da técnica serviu apenas para o propósito de dinamizar a sessão e de minimizar possíveis efeitos de fadiga no segundo inventário.

A BFP (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010) é um instrumento composto por 126 itens com escala de resposta de sete pontos (que vão de 1, significando que a pessoa não se identifica em nada com a frase, a 7, significando que ela acredita que a frase a descreve perfeitamente). A BFP é fundamentada no Modelo dos Cinco Grandes Fatores da personalidade. Esse modelo surgiu da hipótese léxica que entende que as principais características da personalidade humana são encontradas por meio da linguagem natural das pessoas (Goldberg, 1990). Dessa forma, a partir de um levantamento de adjetivos que as pessoas usam para descrever os outros e a si mesmas, foram observados que eles se agrupam em cinco grandes fatores. A BFP é um instrumento construído no Brasil e encontrou as mesmas cinco dimensões que os estudos internacionais têm observado. Os cinco grandes fatores e suas facetas da versão brasileira são: Neuroticismo (Facetas: Vulnerabilidade, Instabilidade Emocional, Passividade e Depressão), Extroversão (Facetas: Comunicação, Altivez, Dinamismo e Interações Sociais), Socialização (Facetas: Amabilidade, Pró-sociabilidade e Confiança nas Pessoas), Realização (Competência, Ponderação e Empenho) e Abertura a Novas Experiências (Abertura a Ideias, Liberalismo e Busca por Novidades). O Modelo dos Cinco Grandes Fatores é um modelo dimensional de avaliação da personalidade, isto é, o foco está em identificar a quantidade que as pessoas têm de cada um desses fatores e facetas.

O PID-5 (Krueger et al., 2012) é um instrumento de 220 itens pontuados em uma escala de quatro pontos (que vão de 0, significando que o item não tem nada a ver com a pessoa, a 3, significando que o item tem muito a ver com a pessoa). O PID-5 se propõe a medir os traços patológicos da personalidade (critério B) de acordo com o modelo alternativo proposto no DSM-5 (APA, 2014). O modelo é composto de cinco grandes dimensões e 25 facetas da personalidade, a saber: Afetividade Negativa (Facetas: Labilidade Emocional, Ansiedade e Insegurança de Separação), Distanciamento (Facetas: Retraimento, Anedonia e Evitação de Intimidade), Antagonismo (Facetas: Manipulação, Desonestidade e Grandiosidade), Desinibição (Irresponsabilidade, Impulsividade e Distratibilidade) e Psicoticismo (Crenças e Experiências Incomuns, Desregulação Perceptual e Excentricidade). As outras facetas que não entraram na contagem oficial das dimensões do PID-5, mas que auxiliam no processo do diagnóstico da personalidade, são: Afetividade Restrita, Busca de Atenção, Desconfiança, Exposição a Risco, Hostilidade, Insensibilidade, Perfeccionismo Rígido, Perseveração, Submissão e Tendência à Depressão.

Esse modelo alternativo do DSM-5 é um modelo híbrido (isto é, dimensional + categorial), uma vez que possibilita a formulação de um diagnóstico categórico por meio do perfil dimensional apresentado pela pessoa avaliada. Assim, no caso de um paciente apresentar um perfil dimensional similar ao perfil de uma das seis categorias de transtorno da personalidade

propostas no DSM-5 (a saber, esquizotípica, narcisista, *borderline*, evitativa, antissocial e obsessivo-compulsiva), o paciente pode receber o diagnóstico categórico específico para esse transtorno. Contudo, se o paciente apresentar um funcionamento patológico da personalidade em pelo menos duas das quatro dimensões do critério A (descritos anteriormente) e apresentar traços patológicos da personalidade (critério B), diferentes aos perfis categóricos específicos, então, é diagnosticado com a categoria transtorno da personalidade – traço especificado.

Finalizando este tópico, gostaria de chamar a atenção do leitor para o planejamento das sessões e a seleção dos instrumentos. Fiz questão de apresentar brevemente as bases teóricas de cada instrumento, assim como seus sistemas de aplicação, para mostrar que cada técnica escolhida deve ter uma finalidade clara no processo de psicodiagnóstico. Além disso, a ordem de administração das técnicas deve ser planejada de modo a evitar vieses de respostas. Por exemplo, o PODF foi preenchido antes dos resultados do IPO-Br para se evitar a influência de um instrumento sobre o outro, visto que se tratam de instrumentos que se propõem a avaliar os mesmos construtos. A utilização do DFH ou de qualquer outra “técnica-ponte” entre duas tarefas avaliativas relativamente longas tende a contribuir com a dinamização da sessão e evitar efeitos negativos no padrão de respostas ao segundo instrumento. Relembro, ainda, que a avaliação relatada aqui advém de uma pesquisa, o que permitiu a utilização de instrumentos não aprovados para a prática profissional de acordo com as normativas do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (Satepsi).

Resultados das técnicas

No QDSCS, observou-se que Alessandra não apresentava risco de suicídio e que ela não tinha problemas com o consumo de tabaco, álcool e outras drogas no momento da avaliação. Seu nível educacional é elevado (pós-graduação), e sua classe socioeconômica foi classificada como média (B1, de acordo com o sistema de classificação da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa – ABEP, 2014)[6]. Ela reportou ter poucos amigos e avaliou sua relação com a mãe e o esposo como “pouco satisfatória”, com os amigos e o irmão como “indiferente/neutra”, e com o filho como “totalmente satisfatória”. Ela indicou ter já recebido os diagnósticos de transtorno de humor bipolar tipo I, hipotireoidismo, endometriose e pré-diabetes.

Na SCID-I, Alessandra relatou a presença de sintomas para episódios de mania, negando sintomas que caracterizassem episódios depressivos maiores. Por meio do relato da paciente, todos os critérios para episódio maníaco da SCID-I foram satisfeitos. A Tabela 18.2 apresenta trechos da narrativa da paciente para cada um dos critérios para episódio maníaco que ela recebeu o escore “+”.

TABELA 18.2
Trechos de relato dos critérios para episódio maníaco da SCID-I do caso Alessandra

Questão SCID-I	Conteúdo	Trechos do relato
A16	Humor expansivo	“Ah! Isso é o tempo todo [durante a crise]”. “Eu me animei muito... e comecei a gastar, a comprar...”.
A17	Duração do episódio	“Tenho isso pelo menos uma vez por ano mais ou menos”. “[Duração de cada episódio] ... pelo menos uns 15 dias”.
A18	Autoestima inflada	“Se eu tô assim eu vou colocar brinco, vou me maquiar, vou comprar roupa nova, sapato novo...”

A19	Diminuição do sono	"Dormia bem menos do que o normal". "Mesmo sem dormir me sentia descansada".
A20	Falante	"Eu até falo, mas se eu tiver assim eu vou fazer brincadeiras, eu vou fazer piadas, e isso não é a Alessandra".
A21	Fuga de ideias	"O pensamento passava rápido pela minha cabeça".
A22	Distratibilidade	"Tinha dificuldade de me concentrar".
A23	Agitação	"Quero trabalhar um monte". "Não fico cansada". "Arrumo um monte de trabalho". "Emendo uma coisa na outra".
A24	Impulsividade	"Aprendi a falsificar a assinatura do meu pai e fui tentar comprar um celular que eu queria". "Fazia sexo indiscriminadamente".

Nota-se que os critérios para episódio maníaco foram claramente identificados no caso. Ela já havia recebido o diagnóstico de transtorno de humor bipolar tipo I aos 22 anos e desde então vem fazendo tratamento psicofarmacológico. Quando questionada acerca de episódios depressivos, ela reportou algumas situações em que experimentou o humor deprimido. Contudo, observou-se que todas elas estavam relacionadas a algum evento de vida, como, por exemplo, o término de um relacionamento amoroso e um problema de saúde do pai. A intensidade e a durabilidade dos sintomas não foram suficientes para a satisfação dos critérios de episódio depressivo. Nota-se aqui um exemplo em que as respostas positivas da paciente às perguntas da SCID-I são pontuadas como "-" pelo julgamento clínico.

A SCID-II tem um conjunto de perguntas iniciais que possibilitam ao clínico fazer um rastreio sobre o funcionamento geral da personalidade do paciente. A porção superior da Tabela 18.3 apresenta trechos das respostas de Alessandra às questões iniciais da SCID-II. Na porção mediana da Tabela 18.3 são apresentados os escores que Alessandra recebeu para cada critério dos transtornos da personalidade. Note que na coluna "Ponto de corte" está indicada a quantidade de critérios necessários para o diagnóstico de cada transtorno da personalidade conforme estabelecido pelo DSM-IV-TR (APA, 2002). Na coluna "Resultado", encontram-se a soma dos critérios alcançados (i.e., a quantidade de critérios que receberam o escore "3") e o indicativo que mostra se a paciente está positiva ou negativa para cada categoria. Por fim, na porção inferior da Tabela 18.3, é apresentado um resumo dos conteúdos dos critérios para os quais a paciente recebeu o escore "3".

TABELA 18.3
Resultados qualitativos e quantitativos da SCID-II do caso Alessandra

Como você se descreve como pessoa? [Silêncio] "Hum! Ai, eu não sei te dizer de mim", "eu sou boa pra quem é bom pra mim", "se alguém me decepciona eu quero cortar a relação com ele", "eu sou impulsiva, materialista", "sou uma pessoa de bom coração, generosa", "sou obstinada, quando eu quero uma coisa eu vou até o fim".
Quais são as pessoas importantes na sua vida? "Meu filho", "atualmente o meu marido [faz uma relação entre o pai dela e o marido dela, dizendo que o marido assume certo papel de pai]", "Uma tia minha, ela é uma amiga, uma mãe", [Algum amigo?] "Sou uma pessoa de poucos amigos".
Como você tem se dado com elas? [Com o filho] "Ele tem a personalidade dele, né? Ele é teimoso. Tudo o que eu falo tenho que cuidar porque senão ele usa contra mim", "Ele é uma criança que me dá um pouco de trabalho, porque ele é menino, ele é curioso..." [Com relação ao marido apresentou queixas].
A forma como você geralmente se comporta já lhe causou problemas? "Ah! Eu me controlo mais! Eu já fui mais explosiva sim, de falar tudo que pensa até falar a ponto de ofender".
Que tipo de coisas você fez que as outras pessoas podem ter considerado irritantes? [Silêncio] "Eu gosto de

palpitar...” [disse que a mãe não gosta de seus palpites].

Como você passa o seu tempo livre? “Não gosto de ficar muito em casa...”, “Vou a *shopping*, cinema, como tenho filho pequeno tenho que sempre ir ao parquezinho para passar o tempo com ele... visito a mãe, o pai...”.

Se pudesse mudar sua personalidade de algum jeito, como você seria diferente? “Eu queria ser normal, eu queria mudar tudo”, “Não queria ter essas características que eu tenho, né?”.

Transtornos da personalidade	**Critérios**									**Ponto de corte**	**Resultado**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**		
Evitativa (EV)	1	1	1	3	1	1	1	-	-	4	1 = Neg
Dependente (DD)	1	1	1	1	1	3	3	3	-	5	3 = Neg
Obsessivo-compulsiva (OC)	1	1	3	3	1	3	1	3	-	4	4 = Pos
Passivo-agressiva (PA)	3	2	1	3	3	1	3	-	-	4	4 = Pos
Depressiva (DP)	1	1	1	1	2	1	1	-	-	5	0 = Neg
Paranoide (PR)	1	1	1	1	3	2	1	-	-	4	1 = Neg
Esquizotípica (ET)	1	2	2	2	1	1	1	1	1	5	0 = Neg
Esquizoide (ED)	1	1	1	1	1	1	1	-	-	4	0 = Neg
Histriônica (HT)	3	1	1	1	1	3	1	1	-	5	2 = Neg
Narcisista (NC)	1	2	1	3	3	3	3	3	1	5	5 = Pos
Borderline (BD)	3	3	1	3	3	3	1	3	1	5	6 = Pos
Antissocial (AS)	?	?	?	?	?	?	?	-	-	3	0 = Neg
Transtorno da Conduta (CO)	Critério 4 = escore 2; Critérios 11 e 12 = escore 3.									2	2 = Pos

Critério	**Resumo do conteúdo do critério**	**Critério**	**Resumo do conteúdo do critério**
4 – EV	Medo de críticas ou rejeições sociais	6 – HT	Teatralidade e exagero emocional
6 – DD	Desamparo em estar só	4 – NC	Exige admiração excessiva
7 – DD	Sempre busca novos relacionamentos	5 – NC	Expectativas de ter tratamento especial
8 – DD	Temor de abandono (ficar sem cuidado)	6 – NC	Tira vantagem dos outros
3 – OC	Excessivo devotamento ao trabalho	7 – NC	Déficit de empatia
4 – OC	Escrupulosidade e inflexibilidade moral	8 – NC	Inveja ou sente-se invejada
6 – OC	Não delega tarefas por querer perfeição	1 – BD	Esforços para evitar abandonos
8 – OC	Rigidez e teimosia	2 – BD	Relacionamentos interpessoais instáveis
1 – PA	Resistência passiva a tarefas	4 – BD	Impulsividade
4 – PA	Críticas e desprezo a autoridades	5 – BD	Ameaças de suicídio e automutilações
5 – PA	Inveja para com os mais afortunados	6 – BD	Instabilidade emocional
7 – PA	Alterna entre ser hostil e se arrepender	8 – BD	Raiva inadequada e intensa
5 – PR	Rancorosa	11 – CO	Mentiu para obter bens ou favores
1 – HT	Desconforto quando não tem atenção	12 – CO	Cometeu furtos

Podemos observar na porção superior da Tabela 18.3 que as respostas de Alessandra às questões iniciais da SCID-II sinalizam prejuízos no funcionamento da personalidade. Os aspectos não verbais e comportamentais da paciente na entrevista somam evidências clínicas de

um funcionamento mal-adaptativo da personalidade. Cita-se como exemplo a primeira pergunta da SCID-II: “Como você se descreve como pessoa?”. Após essa questão, Alessandra fez silêncio, movimentou-se na cadeira, demonstrou estar pensando sobre como responder à pergunta e, após um instante considerável de silêncio, disse: “Hum! Ai, eu não sei te dizer de mim”. Em seguida, começou a trazer adjetivos isolados para se descrever. Esse comportamento é indicativo de uma pobre capacidade autoavaliativa. A citação de adjetivos isoladamente sinaliza uma dificuldade de integração de suas características pessoais em um todo complexo e dinâmico. Esses aspectos verbais e não verbais da entrevista são sugestivos de uma identidade difusa. Segundo Kernberg (1995), a difusão da identidade é refletida, entre outros aspectos, na dificuldade da pessoa em se definir de uma forma integrada, complexa e rica.

A porção mediana da Tabela 18.3 nos mostra que Alessandra alcançou os pontos de corte para os transtornos da personalidade passivo-agressiva, obsessivo-compulsiva, narcisista e *borderline*. A personalidade passivo-agressiva estava no apêndice do DSM-IV-TR (APA, 2002) para estudos futuros e é caracterizada por atitudes negativistas e resistência passiva a exigências de desempenho. Os quatro critérios alcançados para o transtorno da personalidade passivo-agressiva indicam que Alessandra se relaciona com as coisas e pessoas de forma um tanto hostil e negativista. Ela tem frequentes crenças de que seus superiores não sabem o que estão fazendo e não gosta de receber ordens, apresentando uma resistência passiva diante das atividades que tem de realizar. Ela nutre sentimentos de injustiça e ressentimento contra as pessoas que são mais afortunadas do que ela. Quando expressa abertamente sua hostilidade, rapidamente se engaja em comportamentos de arrependimento e se desculpa por suas atitudes hostis.

Alessandra também apresentou critérios suficientes para o diagnóstico de transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, o qual é caracterizado por preocupação com organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal (APA, 2002). Os traços apresentados por Alessandra indicam que ela se dedica demasiadamente ao trabalho, com dificuldades em delegar e dividir tarefas, pois tem necessidade de controlar as atividades para que o produto final fique perfeito e do jeito dela. Demonstra ser um tanto rígida e teimosa em seus posicionamentos e perspectivas e inflexível em relação a crenças e regras morais e éticas.

O critério para o diagnóstico de transtorno da personalidade narcisista também foi alcançado. Esse transtorno é entendido como um padrão invasivo de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia (APA, 2002). Os critérios por ela apresentados indicam que demanda ser alvo de admiração e inveja das pessoas e que tem expectativas de merecer um tratamento especial por ser quem é. Ela costuma valer-se de seus relacionamentos para alcançar objetivos de sucesso e destaque, além de não reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e as necessidades dos outros.

Por fim, ela alcançou o critério para o diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline*. Esse transtorno é caracterizado por instabilidade dos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, e acentuada impulsividade (APA, 2002). Os critérios satisfeitos sugerem que ela tem um estilo de relacionamento interpessoal bastante instável, com frequentes oscilações das ideias e dos sentimentos em relação às pessoas com quem se relaciona. Ela tem dificuldade em lidar com situações em que ocorreram separações, reagindo de forma bastante inadequada, e esporadicamente faz ameaças de suicídio, segundo ela própria “mais para chamar a atenção” (relatou duas tentativas de suicídio ao longo de sua vida). Experimenta mudanças rápidas das emoções e tem dificuldade de controlar a raiva, irritando-se facilmente mesmo com pequenas coisas. Durante discussões, ela pode arremessar objetos e ter comportamentos violentos. Contou,

ainda, que é bastante impulsiva, principalmente no que se refere a compras e um pouco em relação ao trânsito (direção imprudente).

Nota-se que outros critérios para outros transtornos da personalidade foram encontrados, mas não em número suficiente para o critério diagnóstico. Ressalta-se que Alessandra apresentou dois critérios para transtorno da conduta (como indicado na Tab. 18.3). Ela relatou mentir com frequência para obter alguma vantagem ou se esquivar de punições (critério 11) e relatou que cometia pequenos furtos (critério 12). Embora a SCID-II indique que dois critérios positivos para transtorno da conduta são suficientes para seguir a entrevista com as questões referentes ao transtorno da personalidade antissocial, isso não foi feito com base no entendimento do funcionamento da paciente até o momento da avaliação, que não evidenciava quaisquer sinais de funcionamento antissocial. O sinal de interrogação "?" na Tabela 18.3 indica que o critério não foi avaliado.

Os resultados da avaliação dos traços normativos da personalidade são apresentados na Figura 18.1, que apresenta graficamente os percentis dos escores de Alessandra nas facetas e nos domínios da BFP. Os percentis apresentados foram computados de acordo com os dados normativos da BFP (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010) para pessoas do sexo feminino. Os resultados mostraram que Alessandra experimenta um nível elevado de Altivez, de Instabilidade Emocional e de Competência. Altos escores na faceta Altivez indicam uma necessidade de receber atenção dos outros, uma crença de que as pessoas a invejam e uma predisposição para falar sobre si mesma (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). Esse traço parece refletir as características narcisistas da paciente. Altos escores em Instabilidade Emocional sugerem que Alessandra tende a agir impulsivamente quando sente algum desconforto psicológico, tomando decisões precipitadamente. Ela tende a ter grandes oscilações de humor e dificuldade em controlar sentimentos negativos, com baixa tolerância à frustração (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). Esse traço parece refletir as características do transtorno da personalidade *borderline* da paciente. Na faceta Competência, Alessandra demonstrou ser devotada a alcançar seus objetivos e a acreditar em suas capacidades para a execução de tarefas complexas e desafiantes (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). Esse resultado pode estar refletindo as características tanto obsessivo-compulsivas quanto as narcisistas da paciente.

Como pode ser visto na Figura 18.1, as facetas Amabilidade, Pró-sociabilidade, Ponderação e Liberalismo ficaram muito abaixo em comparação ao grupo de referência. Escores baixos em Amabilidade sugerem que Alessandra se coloca pouco disponível para as pessoas, sendo mais preocupada com suas próprias necessidades e bem-estar do que com os dos outros, chegando a ser insensível e hostil no trato com as pessoas (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). Esse traço parece refletir as características narcisistas e passivo-agressivas dela. O desempenho de Alessandra na faceta Pró-sociabilidade indica que ela não tem muitas preocupações em se colocar ou em colocar os outros em situações de risco. Ela parece não ser muito preocupada em seguir regras e tende a ter uma percepção que as desqualifica ou minimiza. Na interação com as pessoas, pode apresentar comportamentos manipuladores, de desrespeito e/ou opositores (Nunez, Hutz, & Nunes, 2010). Esse traço também parece refletir as características narcisistas e passivo-agressivas da paciente. O baixo escore em Ponderação/Prudência sugere que Alessandra age impulsivamente na resolução de problemas. Ela tende a falar e a se comportar sem considerar *a priori* as consequências de suas ações. Ela pode ser descuidada na forma de expressar suas opiniões ou de defender seus interesses (Nunez, Hutz, & Nunes, 2010). Aqui parece refletir as características *borderline* da paciente. O rebaixamento na faceta Liberalismo, por sua vez, indica

que Alessandra tem um sistema inflexível e dogmático de crenças acerca dos valores morais e sociais. Ela parece se apegar a conceitos preestabelecidos e a estar pouco disponível para relativizá-los aos contextos e às circunstâncias da vida (Nunez, Hutz, & Nunes, 2010). Esse resultado parece refletir as características obsessivo-compulsivas dela.

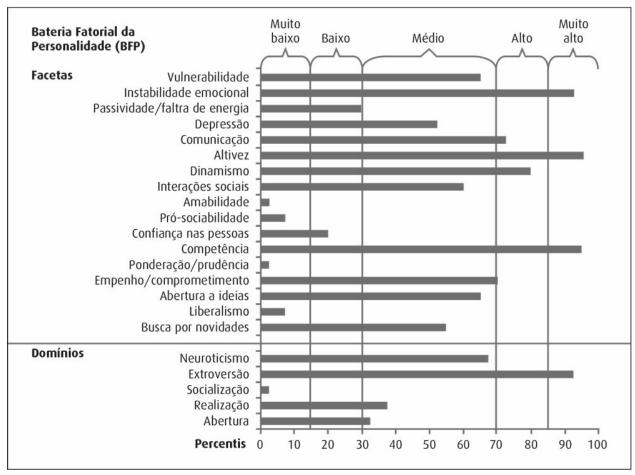



Figura 18.1 Escores percentílicos do caso Alessandra na BFP.

Em relação aos grandes domínios, observa-se uma elevação do traço de extroversão e um rebaixamento do traço de socialização. Essa combinação leva ao entendimento de que Alessandra tem um estilo de personalidade mais dominadora de acordo com o Modelo Circumplexo Dimensional (Hosftee, Raad, & Goldberg, 1992). Pessoas com perfis como esse sentem prazer em exercer poder e influência sobre os outros e se esforçam em controlar as pessoas sem considerar os sentimentos delas.

A avaliação das funções psicológicas para o diagnóstico estrutural da personalidade foi feita por meio dos instrumentos IPO-Br e PODF. A Figura 18.2 apresenta graficamente os resultados de Alessandra no IPO-Br e a Tabela 18.4 apresenta os resultados quantitativos da avaliação do clínico acerca da paciente no PODF. Note que os resultados plotados no gráfico (Figura 18.2) são dados em escore *z* (média = 0 e desvio padrão = 1). Os escores foram computados de acordo com os dados da amostra de validação do IPO-Br (1.248 pessoas). Esses estudos indicaram que as Escalas Clínicas Primárias podem ser computadas em três modelos (Oliveira, 2012): 1) modelo de um fator geral (Patologia Geral da Personalidade – PGP), em que os escores das três

escalas clínicas primárias são somados e sinalizam o prejuízo geral do funcionamento da personalidade; 2) modelo de dois fatores (Funcionamento *borderline* – FB e Teste de Realidade – TR), em que a escala FB consiste no somatório das escalas Difusão de Identidade (DI) e Defesas Primitivas (DP) – esse foi o modelo que apresentou melhor ajuste dos dados; e 3) modelo de três fatores, em que as escalas são avaliadas individualmente, a saber: DI, DP e TR.

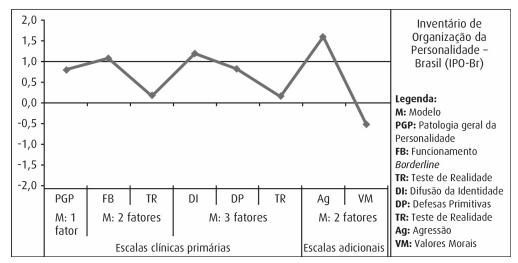



Figura 18.2 Escores z do caso Alessandra no IPO-Br.

TABELA 18.4
Resultados qualitativos e quantitativos do caso Alessandra no PODF

Domínio	Subdomínio	Pontuação (mín./máx.)	Escore da paciente	Classificação
Identidade		-18 – +18	-10	Difusa
Defesas	Primitivas	0 – 15	13	Primitiva
	Maduras	0 – 15	9	
Teste de Realidade		0 – 12	4	Prejudicado
Relações de Objeto		1 – 5	4	*Borderline*

Como podemos observar na Figura 18.2, Alessandra apresentou escores referentes ao nível de organização da personalidade *borderline* (OPBo). De acordo com o modelo de Kernberg (1995), conforme apresentado anteriormente, esse tipo de OP é caracterizado por problemas no funcionamento da identidade, por uso predominante de defesas primitivas e por um teste de realidade prejudicado. Observa-se uma elevação da escala FB, e a escala TR manteve-se dentro da faixa de normalidade. Nas Escalas Adicionais, Alessandra apresentou uma elevação na escala Agressão (Ag). Os itens dessa escala referem-se à vivência de impulsos agressivos dirigidos contra a própria pessoa e contra os outros, seja essa agressividade expressa de forma física, verbal, real ou imaginária. Note que a avaliação clínica, por meio do PODF, apresentou resultados similares. A Tabela 18.4 resume os resultados qualitativos e quantitativos de Alessandra na SCID-II.

O PODF foi recentemente traduzido e adaptado para o português brasileiro e ainda está na fase de estudos de suas propriedades psicométricas. Os resultados quantitativos do PODF podem ser lidos qualitativamente. Dessa forma, observa-se que os escores brutos de Alessandra

indicaram que ela apresenta um funcionamento de identidade difusa, o uso predominante de defesas primitivas, um teste de realidade prejudicado e relações de objeto do tipo *borderline*, com medo do abandono. De modo geral, os resultados do IPO-Br e do PODF sugerem que Alessandra tem problemas no funcionamento da personalidade, indicando que tem dificuldades em manejar seus próprios estados psicológicos e emocionais, bem como seus relacionamentos sociais, familiares e românticos.

Os resultados da avaliação da psicoterapeuta de Alessandra no SWAP-200 sugeriram que a paciente não tem um diagnóstico de transtornos da personalidade. Conforme explicado anteriormente, o SWAP-200 compara o perfil descrito pela psicoterapeuta com os perfis previamente estabelecidos por especialistas. O grau de concordância entre os perfis é calculado, e os resultados são dados em escores T (média igual a 50 e desvio padrão igual a 10). A Figura 18.3 apresenta os resultados de Alessandra nas escalas do SWAP-200. Lembrando que escores T iguais ou maiores do que 55 (equivalente ao percentil 70) são considerados clinicamente elevados e escores T iguais ou maiores do que 60 (equivalente ao percentil 84) indicam que a paciente apresenta a condição clínica.

Como podemos observar na Figura 18.3, o perfil descrito pela psicóloga de Alessandra não converge com nenhum dos perfis prototípicos do DSM-IV-TR (modelo categórico) nem com os perfis advindos das pesquisas com o SWAP-200. Quando observados os traços fatoriais, nota-se que a psicóloga de Alessandra identificou fortes traços narcisistas e dissociativos. Alessandra apresentou o traço Narcisismo moderadamente alto (T = 58). Esse traço avalia as características de autoimportância, grandiosidade, arrogância, fantasias de ilimitado sucesso e tendência em tratar os outros como espectadores dos seus sucessos. Referente ao traço Dissociação, Alessandra apresentou um escore alto (T = 69,9), sugerindo certa desconexão dos pensamentos, dos sentimentos, das memórias, das lacunas ou de incongruências na memória, incongruências entre palavras e afetos e uma tendência para reprimir e distorcer eventos angustiantes.

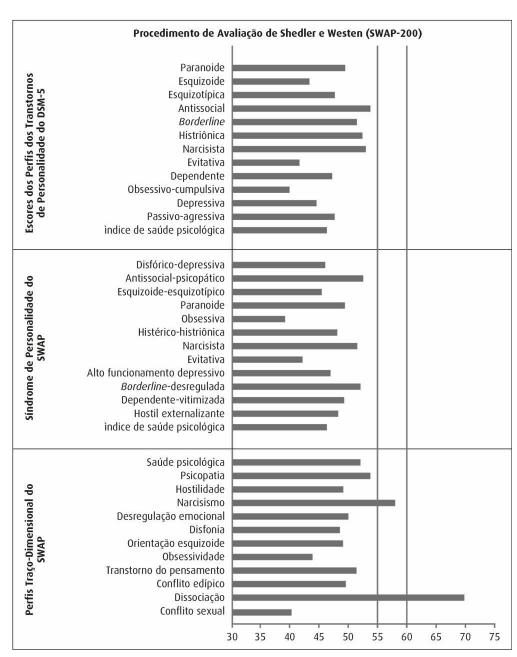



Figura 18.3 Escores T do caso Alessandra no SWAP-200.

Com a finalidade de compreender com maior profundidade a percepção da psicóloga de Alessandra sobre o funcionamento global da paciente, vamos analisar qualitativamente os itens que receberam os escores 7 e 6 no SWAP-200. A Tabela 18.5 apresenta a descrição dos itens que foram classificados nas categorias 7 e 6 (categorias que indicam descrever bastante as características da paciente).

TABELA 18.5
Itens classificados com os escores 6 e 7 do caso Alessandra no SWAP-200

Escore	Item	Descrições
7	13	Costuma usar seus problemas psicológicos ou médicos para evitar o trabalho ou responsabilidades (seja consciente ou inconscientemente).

	30	Costuma se sentir letárgico(a), cansado(a) ou sem energia.
	40	Tem tendência a se envolver em comportamento ilegal ou criminoso.
	98	Costuma temer ser rejeitado(a) ou abandonado(a) por aqueles que lhe são emocionalmente significativos.
	149	Costuma se sentir excluído(a); e/ou como "alguém de fora"; sente como se ele(a) não fizesse parte da situação ou grupo.
	171	Parece temer ficar só; busca a qualquer custo evitar ficar sozinho(a).
	178	Preocupa-se com o sentimento de que algo ou alguém foi perdido de modo irrecuperável (p. ex., amor, juventude e a chance de ser feliz).
	184	Suas verbalizações parecem incoerentes com os afetos que as acompanham ou incoerentes com as mensagens não verbais concomitantes.
6	3	Tira vantagens dos outros, preocupa-se somente com suas necessidades e desejos; não tem interesse em valores morais.
	15	Falta uma imagem estável de si mesmo(a) ou de quem gostaria de se tornar (p. ex., atitudes, valores, objetivos e sentimentos sobre si mesmo podem ser instáveis).
	16	Costuma ser raivoso(a) e hostil (seja consciente ou inconscientemente).
	37	Sente-se bem em pertencer e contribuir com a comunidade (organizações de bairro, igreja, vizinhança, etc.).
	43	Costuma buscar poder e influência sobre os outros (seja de forma benéfica ou destrutiva).
	44	A percepção da realidade pode se tornar completamente distorcida quando estressado(a) (p. ex., pode se tornar delirante).
	55	É capaz de encontrar sentido e autossatisfação guiando, orientando ou cuidando de outras pessoas.
	59	É empático(a); é sensível e responsivo(a) aos sentimentos e às necessidades dos outros.
	88	Costuma ser insuficientemente preocupado(a) com a satisfação das próprias necessidades; parece não se sentir merecedor(a) das coisas.
	148	Tem pouco *insight* sobre as próprias motivações, comportamentos, etc.; é incapaz de considerar interpretações alternativas para as próprias experiências.

Algumas características observadas pela psicóloga de Alessandra convergem com características observadas nos procedimentos avaliativos. Analisando a Tabela 18.5, podemos observar problemas de identidade, como indicados nos itens 15 (instabilidade da autoimagem), 148 (problemas de *insight* e autorreflexão), 149 (falta de sentimento de pertença) e 184 (inconsistência emocional), e problemas nos relacionamentos interpessoais, como indicados nos itens 3 (tira vantagem dos outros), 43 (manipula os outros), 98 (medo da rejeição) e 171 (medo de ficar só). Saliento também que aspectos positivos e sadios foram reportados pela psicóloga como os itens 37 (contribuição social), 55 (cuidado com o outro) e 59 (sensibilidade ao outro).

Por fim, são apresentados os resultados da avaliação da personalidade de Alessandra de acordo com o modelo híbrido proposto na Seção III do DSM-5 (APA, 2014). O critério A, isto é, o nível de prejuízo do funcionamento da personalidade, foi alcançado (ver Quadro 18.2). De acordo com a avaliação clínica por meio da LPFS, Alessandra parece ter algum prejuízo (Escore 1) na capacidade de autodirecionamento, um prejuízo moderado (Escore 2) na identidade e prejuízo severo (Escore 3) nas funções de intimidade e empatia. O Quadro 18.2 sumariza as características de cada domínio avaliado de acordo com o nível de funcionamento diagnosticado.

QUADRO 18.2
Resultados do caso Alessandra na LPFS

Função (prejuízo)	Principais características
Identidade	*Escore 2 – Prejuízo moderado* Depende dos outros para definição da identidade. Autoestima vulnerável e autoapreciação inflada. Regulação emocional depende da avaliação externa positiva.
Autodirecionamento	*Escore 1 – Algum prejuízo* Excessivamente direcionada para os objetivos. Conjunto de padrões pessoais irrealistas e socialmente inapropriados. Reflete sobre experiências internas, mas com ênfase no componente emocional.
Empatia	*Escore 3 – Prejuízo severo* Prejuízo em compreender pensamentos, sentimentos e comportamentos dos outros. Incapaz de considerar perspectivas alternativas às próprias perspectivas. Confusa sobre o impacto das próprias ações sobre os outros.
Intimidade	*Escore 3 – Prejuízo severo* Prejuízo na capacidade de criar vínculos positivos e duradouros. As relações estão baseadas em expectativas de abandono e em necessidade de conexão. Pouca reciprocidade nas relações.

Vale aqui relembrar que a LPFS foi preenchida pelo avaliador logo após a aplicação das entrevistas SCID-I e SCID-II (após a primeira sessão). As observações do clínico demonstram ser bastante congruentes com os dados advindos dos métodos de autorrelato e da avaliação da psicóloga da paciente (pelo SWAP-200). De acordo com o algoritmo proposto no DSM-5 (APA, 2014), a paciente deveria apresentar ou prejuízo moderado (Escore 2), ou severo (Escore 3) ou extremo (Escore 4) em ao menos duas das quatro dimensões para o diagnóstico de transtorno da personalidade. Alessandra obteve prejuízo significativo em três das quatro dimensões.

O critério B do modelo também foi alcançado (APA, 2014). A Figura 18.4 apresenta a média dos escores de Alessandra no PID-5. Foram observados cinco traços patológicos de acordo com o critério qualitativo da APA (2014), isto é, escores médios com valores iguais ou maiores do que 2 (≥ 2). Os traços patológicos foram Busca de Atenção (necessidade de colocar-se como o foco da atenção e admiração dos outros), Grandiosidade (crença de superioridade em relação aos outros e de merecer tratamento especial), Hostilidade (persistentes sentimentos de raiva, irritabilidade e comportamentos vingativos), Impulsividade (falha na consideração das consequências dos próprios comportamentos, respondendo imediatamente aos estímulos no “calor” do momento) e Insegurança de Separação (medo de rejeição ou separação de relacionamentos amorosos, com falta de confiança em ter de cuidar de si tanto física quanto emocionalmente).

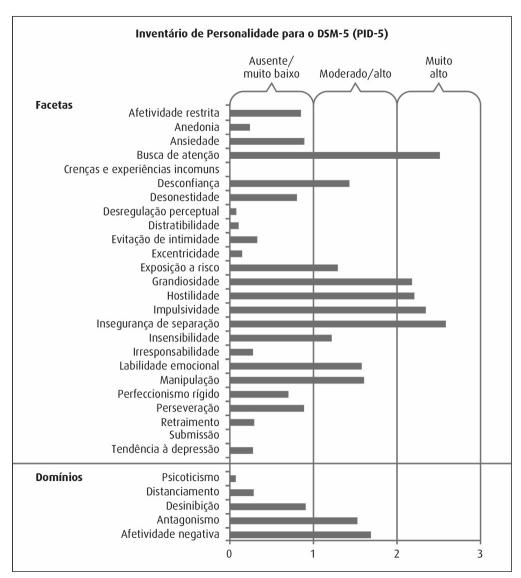



Figura 18.4 Médias dos escores do caso Alessandra no PID-5.

A paciente apresentou os dois traços exigidos para o diagnóstico de transtorno da personalidade narcisista, a saber: Busca de Atenção e Grandiosidade. Os outros três traços elevados que a paciente apresentou são característicos do transtorno da personalidade *borderline* (Impulsividade, Insegurança de Separação e Hostilidade), e dois desses traços (Impulsividade e Hostilidade) também são característicos do transtorno da personalidade antissocial. Os traços esperados para o transtorno da personalidade *borderline* são Insegurança de Separação, Ansiedade, Labilidade Emocional, Hostilidade, Tendência à Depressão, Impulsividade e Exposição a Riscos (APA, 2014). Para o diagnóstico, são requeridos quatro ou mais desses traços patológicos sendo que deve estar presente ou Impulsividade, ou Exposição a Riscos ou Hostilidade (APA, 2014). Nota-se que a paciente apresentou dois dos três traços mais característicos (Impulsividade e Hostilidade), mas apresentou somente três traços patológicos. Conforme podemos observar na Figura 18.4, os traços Exposição a Riscos e Labilidade Emocional apresentaram valores médios na faixa de moderado a alto.

Os traços relacionados ao transtorno antissocial são Hostilidade, Manipulação, Desonestidade, Insensibilidade, Irresponsabilidade, Impulsividade e Exposição a Riscos. São necessários seis dos sete traços para o diagnóstico (APA, 2014). Alessandra apresentou valores médios elevados nos traços Hostilidade e Impulsividade e valores na faixa de moderado a alto nos traços Exposição a Riscos, Insensibilidade e Manipulação.

O diagnóstico da paciente, de acordo com esse modelo, seria de transtorno da personalidade narcisista com traços de Hostilidade, Impulsividade e Insegurança de Separação. Note que traços *borderline* estão fortemente presentes e que as características obsessivo-compulsivas anteriormente encontradas não foram reconhecidas por Alessandra nesse instrumento.

Integração dos resultados

O próximo passo do psicodiagnóstico é transformar os dados coletados em informações. Nesse momento, o principal agente é o psicólogo com seus conhecimentos e suas experiências. É nessa hora que o psicólogo deverá lidar com possíveis resultados contraditórios advindos das diferentes técnicas empregadas, bem como selecionar as informações pertinentes ao caso. O momento de integração dos dados consiste na transformação de todos os resultados individuais coletados pelas diferentes técnicas empregadas em um conjunto lógico e organizado de informações acerca da pessoa avaliada. A organização das informações pode ser feita de diferentes formas. Quando se faz, por exemplo, uma avaliação com técnicas para estimar habilidades cognitivas e avaliar características afetivas, a organização das informações pode ser feita dentro desses grandes temas: cognição e afeto.

Para fazer a integração dos dados é importante ler os resultados de todas as técnicas várias vezes, procurando identificar as congruências e incongruências, os padrões e as repetições. A partir do momento em que o psicólogo estiver familiarizado com a história clínica do paciente, com os resultados das técnicas empregadas e com os dados das observações e das impressões, obtidos ao longo do psicodiagnóstico, o psicólogo estará hábil para transformar os dados em informações, organizando-os em categorias temáticas. Não existe uma “receita de bolo” para a organização das informações. Ela será feita com base na experiência e na abordagem teórica do psicólogo. Contudo, independentemente das diferenças entre as abordagens e os profissionais, costumo recomendar fortemente a iniciar a análise dos resultados salientando os aspectos positivos encontrados na avaliação.

A Tabela 18.6 apresenta o esquema de organização dos dados do caso apresentado neste capítulo. Para fins didáticos, são apresentadas as categorias temáticas extraídas dos dados, as características psicológicas, o instrumento e a respectiva escala de onde foi extraída a informação. Gostaria que o leitor entendesse que as categorias não são fixas ou preestabelecidas, elas foram elencadas a partir da leitura dos resultados das técnicas empregadas. Isto é, após a leitura repetitiva dos resultados, foram observadas certas possibilidades de agrupamento dos dados que compartilhavam um mesmo tipo de característica. Esses dados foram então agrupados e posteriormente cada grupo recebeu um nome. Por exemplo, as características psicológicas “medo do abandono” e “dificuldade de empatia” dizem respeito à forma como Alessandra interage com as pessoas e, juntas, falam do estilo de relacionamento interpessoal da paciente. Os leitores familiarizados com as técnicas estatísticas de análises fatoriais exploratórias podem entender esse processo de agrupamento dos dados dessa mesma forma, isto é, os agrupamentos são feitos com base no que as variáveis compartilham em comum.

TABELA 18.6
Integração dos resultados do caso Alessandra

Categoria	Características específicas	Teste	Escala
Positivos	Comprometimento com o próprio desempenho	BFP	Empenho
	Executar tarefas simultaneamente	BFP	Dinamismo
	Facilidade em comunicar-se	BFP	Comunicação
Trabalho	Excessiva dedicação ao trabalho	SCID-II	Obsessivo-compulsiva
	Dificuldade em delegar tarefas	SCID-II	Obsessivo-compulsiva
	Elevado senso de autoeficácia	BFP	Competência
	Descrença nas pessoas	BFP	Confiança nas pessoas
	Críticas e desprezo a autoridades	SCID-II	Passivo-agressiva
	Resistência passiva a atividades cotidianas	SCID-II	Passivo-agressiva
Identidade	Percepção grandiosa de si	SWAP	Narcisismo
	Percepção grandiosa de si	PID-5	Grandiosidade
	Percepção grandiosa de si	BFP	Altivez
	Percepção de que é alvo de inveja	SCID-II	Narcisista
	Difusão da identidade	IPO-Br	Difusão da identidade
	Difusão da identidade	PODF	Integração-difusão da identidade
	Recursos psicológicos inadequados	PODF	Defesas primitivas
Afetividade	Instabilidade emocional	SCID-II	*Borderline*
	Instabilidade emocional	BFP	Instabilidade emocional
	Teatralidade e exagero emocional	SCID-II	Histriônica
	Estados emocionais de mania	SCID-I	Episódio maníaco
	Inveja dos mais afortunados	SCID-II	Passivo-agressiva
	Hostilidade e agressividade	SCID-II	*Borderline*
	Hostilidade e agressividade	PID-5	Hostilidade
	Hostilidade e agressividade	IPO-Br	Agressividade
	Guarda rancores e é implacável com insultos	SCID-II	Paranoide
	Alterna entre hostilidade e arrependimento	SCID-II	Passivo-agressiva
Desregulação comportamental e perceptual	Impulsividade	SCID-II	*Borderline*
	Impulsividade	PID-5	Impulsividade
	Falta de ponderação e prudência	BFP	Ponderação/Prudência
	Ameaças de suicídio e automutilação	SCID-II	*Borderline*
	Leve prejuízo no testar a realidade	PODF	Teste de realidade

	Dissociação em alta estimulação emocional	SWAP	Dissociação
Relacionamentos	Medo de rejeição social	SCID-II	Evitativa
	Medo do abandono	SCID-II	Dependente
	Medo do abandono	PODF	Relações de objeto
	Medo do abandono	PID-5	Insegurança de separação
	Esforços para evitar o abandono	SCID-II	*Borderline*
	Desamparo em estar só	SCID-II	Dependente
	Busca imediata por novos relacionamentos	SCID-II	Dependente
	Necessidade de ser o centro das atenções	SCID-II	Histriônica
	Necessidade de ser o centro das atenções	PID-5	Busca de atenção
	Exige a admiração dos outros	SCID-II	Narcisista
	Falha na capacidade de empatia	SCID-II	Narcisista
	Falha na capacidade de empatia	LPFS	Empatia
	Falha na capacidade de empatia	BFP	Amabilidade
	Tira vantagem dos outros	SCID-II	Narcisista
	Instabilidade dos relacionamentos	SCID-II	*Borderline*
	Problemas em estabelecer intimidade	LPFS	Intimidade
Valores morais	Escrupulosidade e inflexibilidade moral	SCID-II	Obsessivo-compulsiva
	Dogmatismo	BFP	Liberalismo
	Rigidez e teimosia	SCID-II	Obsessivo-compulsiva
	Minimiza o valor da moral quando lhe convém	BFP	Pró-sociabilidade
	Mente para obter vantagens	SCID-II	Transtorno da conduta
	Cometeu furtos	SCID-II	Transtorno da conduta

O próximo passo é reportar essas informações de forma lógica e racional para quem de direito. O leitor pode verificar uma forma (exemplo) de apresentação dessas informações no Apêndice, na parte “Análise”. Note que cada um dos sete parágrafos do tópico “Análise” (do “Laudo psicológico”) corresponde a cada uma das sete categorias da Tabela 18.6. Note ainda que cada parágrafo foi construído seguindo a sequência das características específicas listadas na Tabela 18.6 (sequência das linhas).

Conclusões e indicações terapêuticas

Nesse momento do processo de psicodiagnóstico, o psicólogo já tem condições de tomar as decisões clínicas, sejam elas os diagnósticos psicológicos ou as indicações terapêuticas. Cabe lembrar que o diagnóstico psicológico nem sempre se refere a um diagnóstico nosológico, isto é,

a um transtorno mental específico. Existem casos em que o diagnóstico psicológico é caracterizado pela descrição das principais conclusões clínicas resultantes do estudo psicológico feito no psicodiagnóstico. De qualquer forma, é nesse momento que as teorias psicológicas e as pesquisas científicas são de especial valia, pois ajudam a elucidar o caso e a completar o “quebra-cabeça”. O raciocínio e o julgamento clínicos têm um papel especial nesse momento e espera-se que as conclusões alcançadas sejam fidedignas.

No intuito de contextualizar o leitor acerca das questões referentes ao diagnóstico psicológico, acredito ser valioso reproduzir as definições de Kraemer (2014) para os termos “transtorno”, “diagnóstico clínico”, “fidedignidade” e “validade”. Segundo a autora,

> um “transtorno” é alguma coisa errada em um paciene, por exemplo, um prejuízo, um mau funcionamento, uma infecção ou alguma coisa que causa sofrimento e prejuízos à funcionalidade do paciente e que se não reconhecida e tratada pode piorar, tornar-se crônica, e afetar tanto a qualidade quanto a quantidade de vida do paciente (Kraemer, 2014, p. 112).

A autora diferencia os transtornos físicos dos mentais comentando que os físicos se manifestam em problemas biológicos e/ou orgânicos, enquanto os mentais se manifestam em problemas comportamentais, emocionais e/ou cognitivos, lembrando que alguns transtornos são combinados (físico + mental). O DSM-5 (APA, 2014, p. 20) define transtorno mental como

> (...) síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.

Por outro lado, “um ‘diagnóstico clínico’ é uma opinião informada por um clínico de que um certo transtorno existe em um paciente” (Kraemer, 2014, p. 113). Note que, enquanto o transtorno é uma condição clínica que o paciente tem, o diagnóstico é um nome que o clínico dá para a condição clínica do paciente. O diagnóstico tende a ser categórico (i.e., informando se a pessoa tem ou não um transtorno específico) ou dimensional (informando um escore em alguma escala que determina o quanto uma característica está presente). O sistema diagnóstico dos transtornos mentais oficialmente vigente no Brasil é o sistema de *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000). Esse sistema é baseado no modelo categórico (i.e., presença ou ausência de um dado transtorno) e está intimamente vinculado ao modelo do DSM-IV-TR (APA, 2002) (i.e., as categorias e os critérios são bastante similares).

A qualidade do diagnóstico é definida por dois elementos, a saber: a “fidedignidade” e a “validade”. Note que esses conceitos se referem ao diagnóstico em si (ou seja, ao sistema de critérios elaborados para a conclusão da nomeação ou “batismo” de um quadro clínico). Em

termos de pesquisa científica, isso significa que o diagnóstico (no caso, a categoria, por exemplo, transtorno de ansiedade generalizada [TAG]) precisa apresentar[7]:

- **índices de fidedignidade**: por exemplo, se diferentes clínicos avaliarem uma mesma pessoa com TAG, todos eles deveriam chegar ao mesmo resultado, se o sistema diagnóstico de TAG é confiável; ou, ainda, se uma pessoa com TAG for avaliada duas vezes, em um intervalo de um mês sem ter feito qualquer tratamento médico-psicológico, ela deveria receber o mesmo diagnóstico;
- **evidências de validade**: isto é, há evidências de que as condições clínicas (sintomas) das pessoas explicam o diagnóstico recebido.

Apesar de o psicólogo não ter como medir a validade e a fidedignidade de seu diagnóstico na prática clínica, espera-se que a conclusão de seu trabalho seja válida e fidedigna. Baseado na subjetividade do julgamento clínico, “fidedignidade”, nesse contexto, pode significar “Eu confio nisto”, e “validade” pode significar “Eu acredito nisto” (Kraemer, 2014). Não existe uma fórmula preestabelecida para se garantir a validade e a fidedignidade do diagnóstico ao final do psicodiagnóstico. Contudo, quanto maiores forem o rigor metodológico empregado no processo, o conhecimento e a *expertise* do psicólogo avaliador e menores forem as fontes de erros (p. ex., invalidação de testes e interferências no momento da avaliação), maiores serão as chances de se chegar a conclusões bastante confiáveis. Afinal, como sempre diz a Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira: “Não adianta ter um teste válido se não se tem um psicólogo válido”.

Referente ao caso ilustrativo do capítulo, apresento em seguida a linha de raciocínio clínico empregada para a conclusão diagnóstica da paciente Alessandra. Note que as teorias psicológicas e as pesquisas científicas são de especial importância nesse momento, pois ajudam na elucidação das questões e na tomada das decisões.

1º) Retomando a finalidade do psicodiagnóstico

Demanda: Rosângela suspeitava de que sua paciente (Alessandra) tinha um transtorno da personalidade, pois estava bastante refratária ao tratamento e apresentava padrões inflexíveis e mal-adaptativos de comportamentos.

2º) Estratégias para responder a essa demanda

Diagnóstico Categórico (SCID-II): os resultados indicaram a presença dos transtornos da personalidade *borderline* (6 critérios satisfeitos), narcisista (5 critérios satisfeitos), obsessivo-compulsiva (4 satisfeitos) e passivo-agressiva (4 satisfeitos). Uma das críticas que a literatura faz ao modelo categórico do DSM-IV-TR é referente à sobreposição de critérios e de múltiplos diagnósticos – comorbidades (Skodol et al., 2011). Note que as duas coisas aconteceram com a nossa paciente:

- Veja na Tabela 18.6, na categoria “Relacionamentos”, como as “Categorias específicas”, Medo do abandono (critério da personalidade dependente) e Esforços para evitar o abandono (critério da personalidade *borderline*) estão presentes. Trata-se de dois critérios para dois transtornos diferentes, mas que de alguma forma se sobrepõem na experiência subjetiva da paciente. Saliento, aqui, que o manual da SCID-II faz uma diferenciação entre esses dois tipos de critérios, em que o primeiro se refere a um medo que a pessoa tem de ser deixada só para

cuidar de si própria, pois ela acredita ser incapaz disso, e o segundo é referente ao medo da pessoa de ser abandonada, pois ela precisa do outro para se sentir completa e para ajudá-la a se definir como indivíduo. Contudo, o que aconteceu é que ambos estão presentes (mesmo que diferentes), pois eles, nesse caso, parecem compartilhar a mesma dinâmica psicológica: Alessandra relatou que sua mãe adotiva não falava a respeito de sua adoção, mas que para ela o fato de não ser filha biológica é algo nítido pela diferença de cor de pele (ela é branca, e os pais adotivos são negros). Essa história mal contada de suas origens pode ter alimentado um sentimento de insegurança em relação ao outro e uma crença de que ela pode ser novamente abandonada. Dessa forma, ela reproduz em suas relações essas incertezas e teme ser deixada só para cuidar de si própria, pois ela tem consciência de suas fragilidades psicológicas ("Eu queria ser normal, eu queria mudar tudo") e, por isso, sente que não é capaz de gerir a própria vida sozinha. Por isso, quando ela tem alguma ameaça de abandono ou ao menos pensa que vai ser abandonada, ela tende a ter condutas inadequadas, como de humilhação e submissão, e a expressar intensamente suas emoções, na tentativa de evitar esse abandono, pois precisa do outro para se sentir segura. Se essa hipótese do funcionamento psicológico de Alessandra for confirmada, observe que ambos os critérios são perfeitamente satisfeitos, pois compartilham a mesma motivação psicológica. Assim, a sobreposição de critérios observados empiricamente nas pesquisas é plausivelmente explicada do ponto de vista teórico.

- Note que Alessandra apresentou a exata quantidade necessária de critérios para os diagnósticos de personalidade narcisista, obsessivo-compulsiva e passivo-agressiva. Contudo, para o transtorno da personalidade *borderline*, ela apresentou um critério a mais além do necessário. Isso sugere que o transtorno da personalidade *borderline* seria mais proeminente. De qualquer forma, a satisfação dos critérios para os outros transtornos, de acordo com esse sistema categórico, demanda que a paciente seja diagnosticada com todos eles, como apresentando uma condição de comorbidade (quando mais de um transtorno mental está ocorrendo ao mesmo tempo). Esse modelo de entendimento do transtorno mental tem sido criticado, pois, na vida real, os pacientes que apresentam maior gravidade no seu funcionamento psicossocial são classificados com diferentes transtornos da personalidade e outros transtornos mentais. Assim, parece ser equivocado o uso do termo comorbidade, quando na verdade o que acontece é uma multimorbidade (Krueger & Piasecki, 2002). As pesquisas têm sugerido que o transtorno mental tende a ser mais bem entendido em termos de uma estrutura hierárquica (Harford et al., 2013; Wright et al., 2013) em que as estruturas superiores explicariam essas coocorrências sintomatológicas. As principais estruturas superiores são definidas atualmente como Problemas internalizantes (caracterizados pela vivência de sintomas baseados no sentimento de medo ou de angústia, como os transtornos de humor, ansiedade e de personalidade evitativa) e Problemas externalizantes (caracterizados por sintomas comportamentais, como abuso de álcool, drogas e transtorno da personalidade antissocial) (Harford et al., 2013). Existem evidências de que um terceiro fator, chamado Psicoticismo (Wright et al., 2013), compõe esse modelo, onde entrariam os transtornos psicóticos.

Resumindo, o sistema categorial não parece ser útil empírica e clinicamente, uma vez que a sobreposição de critérios e a coocorrência de diagnósticos não esclarecem adequadamente o funcionamento da paciente. Considerando a literatura acerca da estrutura hierárquica dos transtornos mentais, a paciente apresentaria problemas internalizantes e externalizantes, uma vez

que os transtornos da personalidade *borderline* e narcisista compartilham características desses dois tipos de manifestações sintomatológicas (internalizantes: medo e angústia; externalizantes: problemas de controle do comportamento) (Harford et al., 2013)[8]. Uma leitura interpretativa do funcionamento psicológico da paciente pode convergir com essa ideia de estrutura hierárquica: Alessandra parece vivenciar estados de angústia e sentimentos negativos advindos da dificuldade em saber quem ela é. Dessa forma, para tentar aliviar esses estados de tensão, ela (inconscientemente) investe de forma demasiada suas energias em sua atividade laboral (que é estruturada), alimenta uma percepção inflada de suas capacidades e deposita nas pessoas a responsabilidade de completá-la como uma tentativa de "driblar" as incertezas e as fragilidades pessoais. Como se trata de um funcionamento psicossocial pouco adaptativo e devido aos seus escassos recursos psicológicos, ela acaba apresentando comportamentos inapropriados, como impulsividade e agressividade.

Diagnóstico Estrutural (IPO-Br e PODF): os resultados sugeriram um funcionamento patológico da personalidade, indicando um diagnóstico estrutural de organização da personalidade *borderline* (OPB). De acordo com o modelo estrutural de Kernberg (1995), esse tipo de organização pode ser subdivida em dois grupos, a saber: organização *borderline* de nível superior (OPBS) e organização *borderline* de nível inferior (OPBI). A diferença entre os dois consiste no nível de gravidade dos sintomas, sendo o de nível inferior com maior prejuízo no funcionamento da personalidade. Na OPBS estariam os pacientes com transtornos da personalidade esquiva, dependente, histriônica e narcisista e na OPBI estariam os pacientes com transtorno da personalidade paranoide, esquizoide, esquizotípica, *borderline* e antissocial (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007). Considerando que Alessandra apresentou características de um transtorno da personalidade (no caso, a *borderline*) que pertence a um nível de funcionamento mais severo, o seu diagnóstico estrutural seria de OPBI. A dimensão Agressão do IPO-Br também se mostrou elevada, corroborando o nível de severidade do funcionamento da personalidade de Alessandra.

Diagnóstico Prototípico (SWAP-200): as características que a psicoterapeuta de Alessandra indicou ser mais salientes na paciente não se assemelharam a nenhum perfil prototípico previamente estabelecido, sugerindo que a paciente não receberia o diagnóstico de um transtorno da personalidade. Esse resultado não está coerente com os demais achados da avaliação. Uma análise qualitativa dos itens que foram classificados nas categorias mais altas (que seriam aquelas que mais descreveriam a paciente de acordo com a percepção da psicóloga) permite questionar se a psicóloga entendeu corretamente o sistema de pontuação do SWAP-200. Veja que ela deu escores altos para dois itens que tenderiam a ser opostos:

- Item 3: tira vantagens dos outros, preocupa-se somente com suas necessidades e desejos; não tem interesse em valores morais.
- Item 59: é empático(a); é sensível e responsivo(a) aos sentimentos e necessidades dos outros.

Como alguém empático tira vantagens dos outros? Contudo, outras hipóteses podem explicar esse resultado, como: 1) o perfil psicológico da paciente tem uma natureza singular não correspondendo a quaisquer perfis prototípicos; e 2) a miscelânea sintomatológica da paciente foi demasiada, impossibilitando a identificação de similaridades com perfis preestabelecidos.

De qualquer forma, a análise qualitativa dos itens classificados nas categorias mais altas mostrou convergência com os resultados obtidos na avaliação. Além disso, foram encontradas elevações nos fatores Narcisismo e Dissociação. Assim, os dados advindos da percepção da psicóloga confirmam os sintomas de grandiosidade encontrados em outras técnicas e a elevação no fator Dissociação converge com a sutil elevação do fator Teste de Realidade indicado no PODF. Esse sintoma dissociativo corresponde ao critério 9 do transtorno da personalidade *borderline*, indicando que, em situações de estresse emocional, a paciente pode apresentar confusões de ideias e problemas no curso do pensamento.

Diagnóstico Dimensional (BFP): os resultados mais significativos da BFP são aqueles que se apresentaram nas faixas "Muito baixo" e "Muito alto" (ver Fig. 18.1). Os traços muito elevados foram nas facetas Instabilidade Emocional, Altivez e Competência e no fator Extroversão. Os traços muito rebaixados foram nas facetas Amabilidade, Pró-sociabilidade, Ponderação/Prudência e Liberalismo e no fator Amabilidade. Esses resultados, conforme discutido anteriormente, descrevem um padrão pouco adaptativo e sinalizam aspectos da personalidade que precisam ser manejados para se alcançar um adequado funcionamento psicossocial. Embora as facetas Altivez e Competência pareçam ser traços positivos, quando as integramos à história de vida da paciente e aos demais achados da avaliação, é possível perceber que se trata de expressões inadequadas da personalidade, visto que esses traços refletem o componente narcísico da paciente. Além disso, pesquisas têm mostrado que os escores nos polos extremos dos traços do Modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade são sugestivos de um funcionamento mal-adaptativo da personalidade (Widiger & Mullins-Sweatt, 2009).

Diagnóstico Híbrido (LPFS e PID-5): como apresentado anteriormente, foram satisfeitos os critérios A e B do modelo híbrido proposto no DSM-5 (APA, 2014). De acordo com o perfil dimensional apresentado pela paciente, o diagnóstico nesse modelo seria de transtorno da personalidade narcisista, com traços de Hostilidade, Impulsividade e Insegurança de separação. Note que esse modelo demonstra ser mais útil clinicamente do que o modelo categórico do DSM-IV-TR, visto que, em vez de dar vários diagnósticos simultâneos, ele indica um perfil diagnóstico e especifica outros traços mal-adaptativos. Com isso, o clínico tem informações mais precisas sobre onde focar o planejamento terapêutico.

Relembro aqui que os três traços extras especificados no diagnóstico são característicos do transtorno da personalidade *borderline*. Se levarmos em consideração os números absolutos, a paciente apresentou três traços patológicos característicos do transtorno da personalidade *borderline* e dois característicos do transtorno da personalidade narcisista. Contudo, 100% do critério para o transtorno da personalidade narcisista foi alcançado enquanto 75% do critério foi alcançado para o transtorno da personalidade *borderline*.

3º) Que decisão tomar?

Primeiramente, devo relembrar o leitor de que o sistema oficial de classificação dos transtornos mentais vigente no Brasil até o presente momento é o da CID-10 (OMS, 2000). Dessa forma, se o psicólogo identificou a presença de algum transtorno mental, é recomendado que seja reportada a hipótese desse transtorno apresentando o seu respectivo código (ver exemplo na "Conclusão" do Apêndice). Lembro ainda que esse sistema é similar ao do DSM-IV-TR (APA, 2002) e que,

portanto, pode ser também reportado o código diagnóstico do DSM. Assim, é pertinente que nas conclusões sejam apresentadas as hipóteses formuladas a partir desse modelo categórico de transtornos mentais. Contudo, o psicólogo não precisa (e, em minha opinião, não deve) parar por aí. A conclusão pode (e deve) apresentar o entendimento global do caso, descrevendo brevemente as características mais importantes.

O entendimento que eu fiz desse caso é o de que, apesar de as características narcisistas terem sido identificadas pela psicoterapeuta (SWAP-200), pela própria paciente (PID-5) e por mim "avaliador" (SCID-II), o funcionamento de Alessandra parece ser mais característico do transtorno da personalidade *borderline* (ver no Apêndice, no tópico "Conclusão", que os critérios listados na conclusão do transtorno da personalidade *borderline* são diferentes dos encontrados na SCID-II – Tab. 18.3, pois foram listados com base nos resultados de todo o processo de psicodiagnóstico). As características narcisistas e obsessivo-compulsivas parecem ser secundárias ou sintomáticas do funcionamento *borderline*.

4º) O que fazer?

Um dos papéis fundamentais do psicodiagnóstico é "apontar o caminho", isto é, indicar os serviços ou os recursos aos quais o paciente pode recorrer ou que pode utilizar, de modo a melhorar sua qualidade de vida e desenvolver suas habilidades. Veja o tópico "Indicações terapêuticas", no Apêndice, e leia as sugestões dadas à paciente.

Devolutiva, os documentos psicológicos e o arquivamento do material psicológico

Agora o psicólogo pode encerrar o caso. Esse é o momento do fechamento do processo. Todos os livros-texto sobre psicodiagnóstico enfatizam esse momento como de extrema relevância tanto para o paciente quanto para o psicólogo (Albornoz, 2016; Cunha, 2007; Ocampo & Arzeno, 2009), pois é um momento de encerramento de um trabalho conjunto e o início de uma nova fase. A entrevista devolutiva precisa ser cuidadosamente preparada, assim como a elaboração dos documentos psicológicos.

Apesar de não haver consenso entre profissionais sobre a entrega de material escrito (nem no contrato com o paciente nem na devolutiva), eu sou, particularmente, a favor. O laudo psicológico, como bem lembrado por Anache e Reppold (2010), é a materialização da competência do profissional. Nele ficam registrados os procedimentos empregados, os resultados encontrados e as conclusões formuladas. O paciente, como consumidor do serviço, tem o direito de ter os resultados à sua disposição para consulta a qualquer momento e não deve depender de sua memória para tentar lembrar os resultados que foram ditos na entrevista devolutiva. Além disso, o laudo psicológico é uma excelente ferramenta de comunicação entre profissionais da saúde que estão atendendo ou possam vir a atender o paciente. Contudo, é óbvio que o psicólogo precisa estar atento às questões éticas referentes à redação do laudo.

Convido o leitor a ler, no Apêndice deste capítulo, o laudo do caso Alessandra. Foi elaborado com base nas diretrizes do CFP (CFP, 2003) e foi pensado para servir como um exemplo de informe psicológico (para maiores detalhes, recomendo as leituras: Rovinski & Lago, 2016; Lago, Yates, & Bandeira, 2016). O leitor pode notar que o laudo apresenta mais itens do que os mínimos exigidos pelo CFP e que a organização do presente capítulo (os subtítulos do capítulo)

foi feita na sequência dos tópicos do laudo. Alguns comentários que julgo pertinentes a respeito dos itens que compõem o laudo:

1. **Identificação:** o objetivo desse tópico é deixar claro os envolvidos e o objetivo do processo. O psicólogo deve, portanto, se identificar, identificar a pessoa ou instituição interessada na avaliação, indicar a finalidade da avaliação e identificar o paciente.
2. **Descrição da demanda:** o objetivo aqui é contextualizar o motivo da avaliação. O psicólogo deve fazer uma breve descrição de como o caso chegou para a avaliação e das principais queixas apresentadas inicialmente. Trata-se de delimitar a pergunta que se buscará responder no psicodiagnóstico.
3. **Procedimentos:** o objetivo é reportar a metodologia e as técnicas empregadas para a avaliação. Assim, o psicólogo deve informar o período da avaliação, o local em que foi realizada, o número e o tempo de duração das sessões.
   - **Técnicas utilizadas:** o psicólogo deve listar todas as técnicas empregadas, incluindo contatos telefônicos com outros profissionais, visitas à escola ou outras instituições, entrevistas com terceiros, testes administrados, análises de documentos e de materiais pessoais (p. ex., álbuns de fotografia e diários) e demais técnicas. Recomendo fortemente citar os manuais dos testes utilizados.
4. **Descrição do paciente:** o objetivo é fornecer informações pertinentes ao leitor acerca do paciente, tanto no momento da avaliação quanto de sua história.
   - **Impressão geral transmitida e considerações adiante da avaliação:** trata-se de uma descrição do paciente durante a avaliação. A descrição deve ser centrada nos aspectos verbais, não verbais e mais globais da avaliação, tais como sua aparência (se adequadamente vestido, higiene pessoal, estilo de comunicação), sua conduta mediante a avaliação (se foi colaborativo, resistente, pontual), sua conduta para com o avaliador (se foi amigável, hostil, passivo, ativo) e sua conduta para com as técnicas avaliativas (se foi ansioso, comprometido, desleixado). Nesse momento, devem ser informados quaisquer eventos que possam ter ocorrido e influenciado o processo da avaliação (p. ex., telefone tocar durante um teste de atenção).
   - **História clínica:** aqui o psicólogo deve relatar aspectos da história pessoal, clínica, laboral, escolar, familiar, social e romântica do paciente que possam estar relacionados à queixa e à demanda de avaliação. O psicólogo deve selecionar somente as informações pertinentes ao caso e que sirvam de amparo para as interpretações dos resultados e das conclusões encontradas. Recomendo fortemente a redação desse tópico em ordem cronológica ou temática.
5. **Análise:** o objetivo da análise é apresentar os resultados encontrados na avaliação. Existem várias formas de se fazer isso, contudo, a meu ver, uma abordagem descritiva das características psicológicas encontradas na avaliação, por meio da integração dos resultados, é a mais rica. O psicólogo não tem de "ensinar" o leitor do laudo a interpretar os testes psicológicos. Já tive contato com vários laudos em que os psicólogos justificam cada interpretação baseada em alguma característica do teste (p. ex., usando o relato de HTP: "Foram observados sinais de ansiedade nas técnicas gráficas, manifestados pelas frequentes rasuras"). Qualquer pessoa com um adequado raciocínio dedutivo é capaz de pensar: "Então, apagar o desenho é sinal de ansiedade". Também já vi laudos em que o psicólogo não se deu o mínimo trabalho de fazer o seu papel de psicólogo (i.e., de fazer as interpretações) e se

limitou a copiar os resultados do manual (p. ex., usando o relato da BFP: “O paciente obteve um percentil 90 na escala Confiança nas Pessoas. *Pessoas com escores muito altos em Confiança podem apresentar uma postura ingênua com os demais, chegando a colocar-se em situações nas quais facilmente podem ser prejudicadas ou enganadas por indivíduos mal-intencionados*”. (O trecho em itálico foi extraído literalmente do manual). Laudos assim são fragmentados e pouco falam da dinâmica, complexidade e singularidade do paciente.

6. **Conclusão:** o objetivo aqui é oferecer uma resposta à pergunta inicial e ao objetivo da avaliação. Recomendo fortemente retomar o motivo da avaliação e embasar as decisões tomadas.
   - **Indicações terapêuticas:** aqui o psicólogo deve indicar quais os encaminhamentos e as atividades que o paciente pode adotar para que haja uma melhora na sua qualidade de vida e sua funcionalidade, para desenvolver habilidades, etc.
7. **Data, assinatura, paginação e referências:** o psicólogo deve indicar a data e o local de entrega do laudo, bem como assinar a última folha e rubricar todas as demais. É importante lembrar-se de numerar as páginas do documento. Prefiro que as páginas contenham o número da página atual seguido pelo número total de páginas do documento (p. ex., 3/7 – significa que o leitor está lendo a terceira página de um documento de sete páginas). Dessa forma, evita-se a inclusão ou subtração de páginas ao documento emitido (ver como foi apresentada a paginação no cabeçalho do Apêndice). Por fim, o psicólogo deve disponibilizar as referências dos manuais utilizados e das obras citadas ao longo do laudo.

A escrita do laudo deve ser feita com uma linguagem “clara”, “objetiva” e “específica”. Para que o laudo possa ser um veículo de comunicação com diferentes tipos de profissionais, a linguagem deve ser “clara”, isto é, livre dos jargões psicológicos. Se for necessário usar qualquer termo técnico, ele deve ser seguido de uma explicação. Com isso, evitamos possíveis mal-entendidos ou incompreensões. O psicólogo deve cuidar para que a escrita seja objetiva, sem rodeios ou floreios. As frases devem comunicar direta e explicitamente a ideia que está sendo trabalhada. Por fim, é importante que o psicólogo mantenha uma precisão e uma especificidade em sua escrita. Escrever em um laudo que “o paciente teve uma crise” é uma informação extremamente vaga, pois a palavra crise pode ser usada tanto para se referir a um estado de estupor psicológico (“sair do ar” mesmo acordado) quanto para se referir a um comportamento violento de esfaqueamento, por exemplo.

Outra recomendação que costumo fazer é: escreva o laudo no tempo passado ao descrever tudo o que foi dito e feito na avaliação e utilize palavras que indicam possibilidade e probabilidade ao descrever os resultados. O laudo é um informe psicológico do que aconteceu na avaliação, isto é, tudo já foi dito ou feito. Dessa forma, evite frases do tipo: “Os dados mostram que o paciente tem ansiedade”. Para que o laudo seja circunscrito ao tempo em que ocorreu a avaliação, use os verbos no passado: “Os dados mostraram...”. Dessa forma, evita-se que o conteúdo (ou evento) da fala coletada no psicodiagnóstico fique “eternizado” no tempo presente. Assim, um laudo lido um ano após sua conclusão remeterá o leitor a tudo o que aconteceu no período de sua realização.

A recomendação da utilização de palavras de relativização serve aos propósitos de representar a vida real e de considerar que toda medida em psicologia tem seus erros. Evite, por exemplo, os verbos “é” e “tem” e os substitua por “tende a ser”, “parece ter” e “pode apresentar”. Recomendo também a utilização das expressões: “os dados indicaram”, “os resultados sugeriram” e “a

avaliação demonstrou". Evite expressões que foquem nos resultados dos testes, como: "os testes mostraram", "a testagem indicou" ou "no teste de inteligência ele apresentou". Essas expressões tendem a reduzir o processo da avaliação psicológica à testagem psicológica. Os testes são um meio de levantamento de dados e não um fim em si.

Por fim, todos os protocolos, anotações e demais materiais psicológicos produzidos ao longo da avaliação devem ser arquivados em local seguro e chaveado, por um período de pelo menos cinco anos, de acordo com as diretrizes do CFP. Cabe salientar, referente ao caso Alessandra, que foi feita uma entrevista devolutiva, em que foram apresentados e discutidos os resultados da avaliação. Ela recebeu uma cópia do laudo e outra cópia foi encaminhada à psicóloga dela, com a autorização da paciente, e os materiais psicológicos foram devidamente arquivados.

Uma reflexão final

Muitos gostam de pensar o psicodiagnóstico como um quebra-cabeça em que o psicólogo recebe um monte de peças desorganizadas e seu trabalho é organizá-las para então ver alguma coisa que faça sentido. Eu, particularmente, gosto de pensar o psicodiagnóstico como um tricô, mesmo sem nunca ter feito um na minha vida, mas vou explicar o porquê. Quando um paciente nos procura ou nos é encaminhado, recebemos dele uma "bolinha de lã". Alguns trazem a bolinha bem organizada e é bem fácil trabalhar sobre ela, outros já trazem um emaranhado de lã, com vários nós e é bem difícil de entender onde está o começo e o fim do fio. Quando o paciente nos entrega a lã, ele nos diz o que quer que façamos para ele. Há uns que pedem um cachecol, que me parece ser relativamente mais fácil de fazer, pois se trata de uma peça única retangular. Outros já pedem para fazer um casaco, que penso ser bem complicado, pois tem as mangas, a gola, o acabamento, as formas arredondadas. A questão é que só poderemos fazer qualquer coisa com a bolinha de lã se antes estudarmos e treinarmos o tricô. Caso contrário, por mais simples que pareça ser fazer o cachecol, só poderemos fazê-lo se ao menos soubermos como se dá o processo da tricotagem. Além disso, só poderemos criar uma peça de tricô se tivermos os instrumentos adequados, como os moldes e as agulhas. Ao final da tricotagem, após transformar a bolinha ou o emaranhado de lã em uma peça, entregamos algo útil ao paciente, algo que trará algum benefício à vida dele. Para que seja assim, precisamos cuidar para que a peça sirva adequadamente no paciente, sem ser pequeno ou grande demais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às psicólogas Dra. Mônia Aparecida da Silva e Dra. Joice Cadore Sonego, pela leitura atenciosa e suas sugestões e contribuições ao texto. O modelo de laudo apresentado no Apêndice é o utilizado no Centro de Avaliação Psicológica (CAP-UFRGS) e no Serviço de Avaliação Psicológica (SAPsi-UnB) e, por isso, agradeço a todas as pessoas que contribuíram em sua elaboração.

REFERÊNCIAS

Albornoz, A. C. G. (2016). Devolução das informações do psicodiagnóstico. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug. *Psicodiagnóstico*, (pp. 160-171). Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Anache, A. A., & Reppold, C. T. (2010). Avaliação psicológica: implicações éticas. In Conselho Federal de Psicologia. *Avaliação Psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. (pp. 57-86). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Bach, B., Markon, K., Simonsen, E., & Krueger, R. F. (2015). Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: six cases from practice. *Journal of Psychiatric Practice*, *21*(3), 3-25.

Borsa, J. C., Oliveira, S. E. S. D., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Centro de Avaliação Psicológica-CAP: uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. *Psicologia Clínica*, *25*(1), 101-114.

Bigras, M., & Dessen, M. A. (2002). O Método Q na avaliação psicológica: utilizando a família como ilustração. *Avaliação Psicológica*, *1*(2), 119-131.

Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007).*Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., &Kernberg, O. F. (2001).*The Inventory of Personality Organization (IPO).* White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center. The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2003). Resolução CFP n° 007/2003. *Institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP nº 17/2002.* Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Cunha, J. A. (2007). Passos do processo psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico-V,* (pp. 105-138), 5. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Artmed.

Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(3), 156-159.

Few, L. R., Lynam, D. R., Maples, J. L., McKillop, J., & Miller, J. D. (2015). Comparing the utility of DSM-5 section II and III antisocial personality disorder diagnostic approaches for capturing psychopathic traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *6*(1), 64-74.

Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. T., Collins, B., &MacKillop, J. (2013). Examination of the section III DSM-5 diagnostic system for personality disorder in an outpatient clinical sample.*Journal of Abnormal Psychology*, *122*(4), 1057-1069.

Gamache, D., Laverdière, O., Diguer, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descóteaux, J. D. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form: Development of a Revised Version.*The Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*(5), 368-377.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative" description of personality": the big-five factor structure. *Journal of personality and social psychology*, *59*(6), 1216.

Harford, T. C., Chen, C. M., Saha, T. D., Smith, S. M., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2013). DSM-IV personality disorders and associations with externalizing and internalizing disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of psychiatric research*, *47*(11), 1708-1716.

Hofstee, W. K., De Raad, B., & Goldberg, L. R. (1992). Integration of the big five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of personality and social psychology*, *63*(1), 146.

Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kraemer, H. C. (2014). The Reliability of Clinical Diagnoses: State of the Art. *Annual review of clinical psychology*, *10*, 111-130.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5.Psychological medicine, 42(9), 1879-1890.

Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behavior Research and Therapy, 40*, 485-499.

Lago, V. M., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2016). Elaboração de Documentos Psicológicos. Considerações críticas à Resolução CFP nº 007/2003. *Temas em Psicologia*, *24*(2), 771-786.

Melo, N. M. M., & Rangé, B. P. (2010). SCID-II-DSM-IV – Entrevista clínica estruturada para transtornos de personalidade: tradução e utilização na DPA/IP/UFRJ. *Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, 67. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Morey, L. C., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2013).Validating the proposed Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(9), 729-735.

Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice*, *19*(3), 179-193.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (2009). Devolução de informação no processo psicodiagnóstico. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, E. G. Piccolo (Orgs). *O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (pp. 383-406), 11 ed. São Paulo: Martins Fontes.

Oliveira, S. E. S. (2012). Psicodiagnóstico estrutural da personalidade: adaptação e validação do Inventory Personality Organization (IPO) para cultura brasileira. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Oliveira, S. E. S. (2016). *Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica.* Tese de doutorado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety, 1* (1),1-7.

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2012). Evidências de validade e fidedignidade do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br). In X Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica & III Congresso Latino Americano de Avaliação Psicológica, *Anais*... Belo Horizonte: PUC Minas, 2012. v. 1. p. 47-48.

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013a). *Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF): Manual*. Manuscrito não publicado. Porto Alegre: Grupo de Estudos, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica.Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013b). O diagnóstico estrutural da personalidade segundo o modelo de Otto F. Kernberg. In L. F. Carvalho & R. Primi. (Orgs.). *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: implicações teóricas e práticas*. (pp. 239-263). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, S. E. S., Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Inventory of Personality Organization: Investigação da estrutura fatorial e análise multigrupo por sexo e região geográfica. In X Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica & III Congresso Latino Americano de Avaliação Psicológica, *Anais*... Belo Horizonte: PUC Minas, 46-47.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a revisão*. São Paulo: EDUSP.

Raymundo, M. G. B. (2007). O contato com o paciente. In J. A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico-V*, (pp. 38-44), 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Rovinski, S. L. R., & Lago, V. M. (2016). Elaboração de documentos decorrentes da avaliação psicológica. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & J. S. Krug. *Psicodiagnóstico,* (pp. 172-183). Porto Alegre: Artmed.

Shedler, J., & Westen, D. (1998) Refining the measurement of axis II: a Qsort procedure for assessing personality pathology. *Assessment, 5*, 333-353.

Shedler, J., & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five factor model. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1743 -1754.

Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., ...& Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 136-169.

Wellausen, R. S. (2014). *Adaptação e validação do Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) para o Brasil: Avaliação dos transtornos de personalidade*. Tese de Doutorado não publicada. Unversidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Westen, D., & Chang, C. (2000) Personality pathology in adolescence: a review. *Adolescent Psychiatry, 25*, 61-100.

Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2003). Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured

interviews. *Journal of Personality Disorders, 17*, 350 -368.

Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II: Part I. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry, 156*, 258-272.

Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-Factor Model of Personality Disorder: A Proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 197-220.

Wright, A. G., Krueger, R. F., Hobbs, M. J., Markon, K. E., Eaton, N. R., & Slade, T. (2013). The structure of psychopathology: Toward an expanded quantitative empirical model. Journal of abnormal psychology, 122(1), 281-294.

Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014).Assessing DSM–5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: a pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of Personality Assessment, 96*(4), 397-409.

O CAP é um serviço-escola especializado em avaliação psicológica (para detalhes, ver Borsa, Oliveira, Yates, & Bandeira, 2013).

As alterações e omissões realizadas não interferem diretamente nos objetivos do presente capítulo.

Trata-se de um modelo. Lembro que existem outras formas de apresentação dos resultados em um laudo psicológico.

Para o adequado andamento da pesquisa, buscou-se minimizar o número de encontros para evitar desistências e perda amostral. Dessa forma, o PID-5 foi aplicado no mesmo dia da entrevista devolutiva (antes da entrevista) e, obviamente, seus resultados não foram computados na devolutiva da paciente. Contudo, ressalta-se que a psicoterapeuta recebeu os resultados advindos desse instrumento.

Vale notar que estudos recentes têm apresentado uma estrutura fatorial diferente da teoricamente estabelecida. Contudo, para fins desse caso, optou-se por computar os escores de acordo com o modelo teórico tendo em vista que este também apresenta evidências de validade e fidedignidade.

Método disponível em: http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx.

Para os leitores interessados em abordagens científicas de psicopatologia, reproduzo aqui as definições de Kraemer (2014) para os termos “validade” e “fidedignidade”. Segundo a autora, “a validade de um diagnóstico para um transtorno é definida como a proporção da variância total do diagnóstico devido ao transtorno. A fidedignidade de um diagnóstico é definida como a proporção da variância total devido ao transtorno mais as contaminações, isto é, devido às características do paciente e não devido ao erro aleatório” (Kraemer, 2014, p. 115). As contaminações são as características dos pacientes que não têm relação com o transtorno, mas que afetam o diagnóstico, e os erros aleatórios são erros que podem existir na formulação do diagnóstico. Dessa forma, um diagnóstico fidedigno apresenta pequena variância de erro e um diagnóstico válido apresenta alta variância com o transtorno.

O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva no estudo de Harfordet e colaboradores (2013) associou-se ao fator de Problemas Internalizantes.

APÊNDICE

A seguir é apresentado um modelo de laudo psicológico, conforme discutido no capítulo. Os dados de contato e endereço são fictícios e servem apenas como exemplos. Finalmente, o laudo proposto é apenas um exemplo de uma das formas possíveis de se apresentar os resultados de uma avaliação psicológica no contexto clínico. Sendo assim, salienta-se que existem outras possibilidades de apresentação de laudo psicológico.

LAUDO PSICOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Autor: ***Sérgio Eduardo Silva de Oliveira***, psicólogo (CRP 00/00.000)
Interessado: psicóloga Rosângela Assunção
Finalidade: avaliação diagnóstica da personalidade

Dados da paciente:

Nome: Alessandra da Silva **Idade:** 33 anos
Escolaridade: ensino superior completo **Profissão:** advogada

2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Alessandra da Silva foi encaminhada para avaliação da personalidade por sua psicóloga Rosângela Assunção. A paciente vem se mostrando refratária às atividades psicoterapêuticas e tem apresentado padrões inflexíveis e mal-adaptativos de comportamentos sugerindo a presença de um possível transtorno da personalidade.

3. PROCEDIMENTOS

A avaliação foi realizada entre os dias 4 e 18 de maio de 2017, no Consultório de Psicologia Clínica, localizado na Avenida Ipiranga, 0000, sala 00, Bairro Santana, Porto Alegre-RS. A avaliação foi realizada em três encontros, sendo o primeiro com duração de 2 horas e 15 minutos e os outros dois com duração de 1 hora cada.

Técnicas utilizadas:

- Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde (QDSCS) (Oliveira, 2014)
- Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV Eixo I (SCID-I) (Del-Ben et al., 2001)
- Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV Eixo II (SCID-II) (Melo & Rangé, 2010)
- Inventário de Organização da Personalidade (IPO) (Oliveira & Bandeira, 2011)
- Bateria Fatorial da Personalidade (BFP) (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010)
- Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5) (Primi et al., 2014)
- Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF) (Oliveira & Bandeira, 2013a)
- Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS) (APA, 2014)
- Procedimento de Avaliação de Shedler e Westen respondido pela psicoterapeuta da paciente (SWAP-200) (Wellausen, 2014)

4. DESCRIÇÃO DA PACIENTE

Impressão geral transmitida e considerações diante da avaliação

Alessandra mostrou-se colaborativa durante o processo da avaliação, apresentando-se pontualmente para as sessões, sempre adequadamente vestida e demonstrando interesse nos procedimentos avaliativos. Não houve a ocorrência de quaisquer eventos que pudessem interferir de forma significativa o desempenho da paciente nas técnicas empregadas. Alessandra apresentou um adequado vocabulário, assim como organização e expressão de suas ideias. Contudo, quando alguma temática eliciava nela a vivência de alguma emoção intensa, sua produção narrativa diminuía em quantidade e qualidade.

História Clínica[1]:

Alessandra é filha adotiva e tem cinco irmãos. Sua mãe adotiva teve três filhos biológicos no primeiro casamento e adotou três filhos com o segundo marido, e ela foi a primeira filha adotada pelo casal. O relacionamento com sua mãe adotiva era difícil, pois era considerada como sendo pouco afetiva e muito autoritária. Em contrapartida, o relacionamento com o pai adotivo era satisfatório, sendo ele descrito como afetivo, compreensivo, um "herói". A paciente nunca ouviu dos pais qualquer coisa sobre sua adoção. Ela percebeu ser filha adotada pela diferença da cor de pele e por buscar informações, inicialmente, com pessoas amigas e conhecidas da família.

Por volta dos 22 anos, a paciente foi internada durante uma "crise" de mania, quando recebeu o diagnóstico de transtorno de humor bipolar tipo I. A crise configurou-se por uma tentativa de suicídio e por ameaçar o pai com uma faca. Desde então, passou a fazer tratamento psicofarmacológico e até o presente momento faz uso de Lamitor (lamotrigina). Ela atualmente apresenta quadros médico-clínicos de hipotireoidismo, endometriose e pré-diabetes.

Alessandra teve três relacionamentos amorosos significativos, sendo que o término do primeiro relacionamento resultou em ameaças e tentativa de suicídio. Ela se casou com o segundo homem com quem se relacionou, quando teve seu filho. Ao término desse relacionamento, ela se envolveu rapidamente com o terceiro companheiro com quem está casada até o momento da avaliação. O atual companheiro de Alessandra tem a mesma idade do pai dela. Ela sempre percebeu em seu atual marido características de seu pai (que no momento da avaliação está hospitalizado e respira com a ajuda de aparelhos). Ela percebe o esposo como um bom pai, carinhoso com os filhos (ele tem outros filhos de relacionamentos passados). Contudo, conflitos e insatisfações com o atual relacionamento estão presentes. O principal conflito do casal refere-se ao desejo de Alessandra em ter outro filho, o que não é desejado pelo esposo. A relação da paciente com seu filho, que no momento estava com 6 anos, é marcada por ambiguidades, sendo ora descrita como boa e ora como difícil. O filho foi descrito como "um menino bom"; contudo, atributos negativos foram mais prevalentes do que positivos, tais como "teimoso", "muito ativo" e que "demanda muito a atenção".

Alessandra tem poucos amigos e geralmente só faz alguma coisa pelo outro se tiver algo em troca. Ela trabalha como advogada em um escritório de advocacia, onde passa a maior parte do seu tempo, muitas vezes sacrificando lazer e família pelo trabalho. Ela tem dificuldade de se relacionar com as pessoas e tende a experimentar estados de raiva com bastante facilidade. Foi descrita como bastante impulsiva e inquieta.

5. ANÁLISE

Os resultados da avaliação sugeriram que Alessandra é uma mulher dedicada ao trabalho, comprometida com os resultados de seu desempenho e capaz de realizar diferentes tarefas ao mesmo tempo, demonstrando ser uma pessoa dinâmica e ativa. Ela parece ter facilidade em se comunicar com as pessoas, sendo hábil para falar de si própria, de suas emoções, ideias e perspectivas. Apesar de não ter sido feita uma estimativa padronizada da capacidade intelectual da paciente, pôde-se observar que ela apresenta um adequado funcionamento cognitivo, com elaborado vocabulário e capacidade de organização e expressão de suas ideias.

[1] Os dados referentes à história clínica aqui apresentados foram coletados junto aos informantes indicados no tópico "Técnicas utilizadas" do presente documento. Dessa forma, os fatos aqui descritos são uma compilação das memórias e percepções dos informantes envolvidos no processo de avaliação psicológica.

A dedicação de Alessandra ao trabalho parece ser um tanto excessiva, ficando muitas vezes a família e o lazer em segundo plano. Ela parece ter bastante dificuldade em dividir ou delegar tarefas a colegas, pois precisa ter o controle das coisas para que tudo saia do seu jeito e da forma mais perfeita possível. Ela demonstrou ter uma forte crença nas próprias capacidades para a execução de tarefas complexas e desafiantes, o que até certo ponto é uma característica bastante positiva. Contudo, esse senso de autoeficácia parece estar associado a uma crença de que os outros não são bons o suficiente, retroalimentando a necessidade de controle para que tudo fique perfeito e limitando, assim, as possibilidades de trabalhos conjuntos. Os dados sugeriram ainda que ela não gosta de receber ordens de superiores, pois muitas vezes acredita que não sabem o que estão fazendo e, algumas vezes, pode apresentar certa resistência em realizar tarefas, principalmente aquelas cotidianas.

Os resultados indicaram que Alessandra tende a ter uma percepção grandiosa de si mesma, muitas vezes vendo-se como alguém merecedora de tratamento especial ou de obediência por ser quem é. Ela parece acreditar que as pessoas a invejam por seus feitos e suas conquistas profissionais. Contudo, essa percepção parece atuar como uma possível resposta a conflitos de identidade. Isto é, embora Alessandra apresente expressivamente essa percepção de grandiosidade, os dados mostraram que ela vivencia importantes fragilidades na autoestima e no autoconceito, com significativas flutuações na autoavaliação, variando de uma extrema autovalorização a uma importante autodesvalorização. Com isso, é possível pensar que a devoção de Alessandra ao trabalho e o seu senso de grandiosidade parecem ser um reflexo dessa busca pessoal de identidade e autodefinição. Nota-se que se trata de uma estratégia psicológica de enfrentamento mal-adaptativo, uma vez que a fonte do conflito não é diretamente trabalhada. Além disso, Alessandra tende a classificar em extremos opostos as pessoas, as coisas e a si mesma, tendo dificuldade em integrar as características positivas e negativas que as pessoas e as coisas têm em uma unidade dinâmica e complexa.

Referente à dinâmica e ao funcionamento emocional de Alessandra, os resultados indicaram que ela tende a ter oscilação do humor e dificuldades em controlar sentimentos negativos, com baixa tolerância à frustração. Ela parece vivenciar estados emocionais de forma bastante intensa, e a expressão das emoções costuma ser feita de forma teatral e exagerada. Pelo menos uma vez ao ano ela experimenta uma elevação significativa do humor, configurando-se um quadro de mania. Os dados sugeriram ainda que Alessandra tende a nutrir sentimentos de inveja para com pessoas mais afortunadas do que ela, pois não acha justo que os outros tenham mais do que ela ou sejam melhores do que ela. Ela parece frequentemente experimentar sentimentos de raiva e de hostilidade, podendo apresentar comportamentos violentos, como atirar objetos contra os outros ou machucar a si própria. Ela tende a guardar rancores e ruminar insultos e ofensas por longo tempo, sendo incapaz de reconciliação, mas, pelo contrário, rompendo imediatamente qualquer vínculo com a pessoa que supostamente foi a autora do insulto ou ofensa. No dia a dia, quando a paciente apresenta algum comportamento agressivo e opositor, ela tende a se engajar rapidamente em comportamentos de arrependimento, implorando o perdão do outro.

Os dados da avaliação apontaram que Alessandra tende a agir impulsivamente, sem considerar as consequências de seus comportamentos, principalmente em situações de elevada estimulação emocional. Ela parece ter dificuldade em ponderar e analisar as situações de forma racional antes de tomar suas decisões. Quando uma situação apresenta uma carga emocional elevada, pode chegar a fazer ameaças de se machucar ou se suicidar. Em situações assim, ela parece ter uma diminuição de sua capacidade de pensar e agir de acordo com os critérios de

Avenida Ipiranga, 0000, Sala 00, Bairro Santana, Porto Alegre, Brasil
e-mail: psicologia@psicologia.com.br / Telefone: (00) 0000-0000

realidade, apresentando certa desconexão dos pensamentos, dos sentimentos e das memórias. Podem ocorrer estranhas incongruências entre a forma como ela se comporta e seus sentimentos, assim como distorções das realidades dos fatos.

Referente aos relacionamentos interpessoais, Alessandra não tem muitos amigos próximos, restringindo suas interações aos ambientes familiar e laboral. Os dados sugeriram que ela tem receio de receber críticas ou de ser rejeitada socialmente e que experimenta, com relativa frequência, o medo de ser abandonada pelas pessoas de que gosta. Para evitar um possível abandono, seja ele real ou por ela fantasiado, ela pode adotar comportamentos pouco adaptativos, como, por exemplo, fazer chantagens emocionais. Ela tende a acreditar que não consegue ficar só, pois se percebe inábil para cuidar de si própria, resultando em sentimentos de desamparo. Parece que, quando está em contato com as pessoas, gosta de ser o centro das atenções e sente-se desconfortável quando os outros não estão ao seu redor ou não está sob o foco da atenção das pessoas. Os dados sugeriram que ela demanda ser admirada e invejada pelos outros e muitas vezes acredita que os outros existem para serem espectadores de seus grandes feitos. Ela tende a ser centrada na satisfação das próprias necessidades, colocando-se pouco disponível para as pessoas. Pode chegar a ser insensível e hostil no trato com o outro e parece sentir prazer em exercer poder e influência sobre os outros, tentando ter o controle das pessoas sem considerar os sentimentos delas. Ela pode ainda usar das pessoas para alcançar objetivos. Nota-se que enquanto, por um lado, a paciente experimenta um medo de abandono e de críticas sociais, por outro lado, tem padrões de interação abusivos, que tendem a levar os outros a se afastarem dela. Isso gera um padrão instável de relacionamentos interpessoais, que parecem ser reflexos de sua dificuldade em estabelecer vínculos afetivos profundos, estáveis e duradouros com as pessoas.

Os resultados da avaliação indicaram, ainda, que Alessandra tem um padrão rígido de crenças acerca de valores morais e éticos. Ela tende a ser dogmática, apegando-se a conceitos preestabelecidos sem possibilidades de relativização aos contextos e às circunstâncias da vida. Ela parece ser intransigente e rígida quanto às suas crenças e aos seus valores, contudo, quando se trata de ter de se submeter às regras ou aos valores que a descontentam, ela pode desqualificá-los ou minimizá-los de modo a justificar o motivo de não os cumprir. Nota-se que enquanto, por um lado, ela é a defensora da moral e dos valores éticos, por outro, ela apresenta comportamentos manipuladores, de desrespeito e opositores às pessoas. Ela pode mentir para obter vantagens ou se esquivar de punições, bem como demonstrou histórico de furtos na adolescência.

6. <u>CONCLUSÃO</u>

Alessandra foi encaminhada para avaliação psicológica por suspeita de ter um transtorno da personalidade. Os resultados dos procedimentos empregados na avaliação sugeriram que a paciente tem características de funcionamento da personalidade que são indicativas de um transtorno da personalidade. Ela apresentou prejuízos no funcionamento intrapessoal, principalmente no que se refere à função da identidade, assim como déficits no funcionamento interpessoal, com problemas no estabelecimento de vínculos de intimidade de forma estável, profunda e duradoura. Pesquisas têm apontado que o prejuízo no funcionamento da personalidade é um importante preditor de transtornos da personalidade (Bender, Morey, & Skodol, 2011; Hopwood et al., 2011; Parker et al., 2002, 2004; Tyrer, 2005). A verificação dos traços patológicos da personalidade observados na paciente possibilitou a formulação da hipótese diagnóstica de transtorno da personalidade com instabilidade emocional do tipo borderline (CID-10: F60.3).

Considerando os critérios diagnósticos apresentados pelo Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5; APA, 2014) para o transtorno da personalidade borderline, observou-se que a paciente demonstrou importantes problemas referentes ao medo do abandono (critério 1), um padrão de relacionamentos instáveis (critério 2), problemas na identidade (critério 3), impulsividade (critério 4), gestos e ameaças suicidas (critério 5), instabilidade emocional (critério 6), agressividade (critério 8) e sintomas dissociativos em situações de estresse (critério 9). A paciente também preencheu os critérios para o transtorno da personalidade narcisista (CID-10: F60.8 Outros transtornos específicos da personalidade – personalidade narcísica) e para o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (CID-10: F60.5 Personalidade anancástica do tipo obsessiva). Contudo, de acordo com os dados levantados e com base na impressão clínica do quadro, os sintomas da personalidade borderline parecem ser primários e mais importantes, e as características narcisistas e obsessivo-compulsivas da paciente parecem ser efeitos do funcionamento borderline (sintomas secundários ou de compensação). As fragilidades intrapessoais, tais como falha na função da identidade (problemas de autoconceito, autoestima e de regulação emocional) e problemas no controle do comportamento (agressividade e impulsividade) e as fragilidades interpessoais, como problemas de empatia e de formação de vínculos de intimidade, geram estados emocionais negativos na paciente. Assim, ela parece usar de sua profissão e suas condutas rígidas e dogmáticas, assim como de uma percepção grandiosa de si, como estratégias de compensação dessas fragilidades.

Salienta-se, ainda, que a paciente já havia sido diagnosticada, aos 22 anos, com o transtorno afetivo bipolar tipo I (CID-10: F31.1) e que no momento da avaliação ela estava em remissão dos sintomas devido ao tratamento profilático (CID-10: F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão). A paciente também informou a presença dos quadros clínicos de hipotireoidismo não especificado (CID-10: E03.9), endometriose (CID-10: N80) e pré-diabetes.

Indicações terapêuticas:

Com vias de promover a qualidade de vida e o bem-estar psicológico, emocional e social da paciente, são sugeridas as seguintes terapêuticas:

1) Manutenção da psicoterapia: recomenda-se que a paciente continue com as atividades psicoterapêuticas, com o objetivo de reconstruir seus estilos de interpretar e se relacionar com os outros, com as coisas e consigo mesma. Sugere-se focar na organização da identidade (estabelecimento do autoconceito e autoestima), na capacidade de regulação emocional e comportamental (controle de impulsos e expressão e controle da agressividade), na forma como a paciente interpreta e se relaciona com os outros (desenvolvimento da empatia e da intimidade) e no manejo do estresse e tolerância à frustração.
2) Manutenção do acompanhamento psiquiátrico: a medicação para episódios de mania parece se mostrar efetiva, uma vez que esses episódios têm se mostrado mais brandos com o passar dos anos de tratamento. Recomenda-se uma avaliação psiquiátrica para a exploração das hipóteses diagnósticas aqui reportadas e para a verificação da necessidade (ou não) de uma nova terapêutica farmacológica.
3) Aconselhamento conjugal-familiar: sugere-se um aconselhamento de casal para que os conflitos da vida conjugal possam ser manejados pelo intermédio de um profissional qualificado. Além disso, uma terapia de família poderia auxiliar na organização familiar e na produção de um sistema saudável e apoiador entre os membros da família nuclear (a

paciente, o filho e o marido) e estendida (a relação com a mãe). Dessa forma, espera-se o desenvolvimento tanto pessoal quanto familiar, no que tange aos aspectos conjugais, parentais e familiares.

4) Investimento em lazer: recomenda-se que a paciente se envolva em atividades de lazer pessoal e com a família, de modo a possibilitar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

CIDADE, DIA de MÊS de ANO.

Assinatura

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira
CRP 00/00.000

OBS.: ***Em virtude dos prejuízos que podem advir para o paciente, assinala-se o caráter confidencial deste documento e a responsabilidade de quem o receber de preservar sigilo, conforme o artigo 06/2005 do Código de Ética Profissional do Psicólogo.***

Referências

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed.

Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. Journal of Personality Assessment, 93(4), 332-346.

Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica" traduzida para o português. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23(3), 156-159.

Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., ... & Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. Journal of Personality Disorders, 25(3), 305-320.

Melo, N. M. M., & Rangé, B. P. (2010). SCID-II-DSM-IV – Entrevista clínica estruturada para transtornos de personalidade: tradução e utilização na DPA/IP/UFRJ. Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental, 67. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, S. E. S. (2014). Diagnóstico Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica. Projeto de Tese de Doutorado não-publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. Journal of Depression & Anxiety, 1, (1),1-7.

Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013). Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF): Manual. Manuscrito não publicado. Porto Alegre: Grupo de Estudos, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2000). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a. revisão. São Paulo: EDUSP.

Parker, G., Both, L., Olley, A., Hadzi-Pavlovic, D., Irvine, P., & Jacobs, G. (2002). Defining disordered personality functioning. Journal of Personality Disorders, 16(6), 503-522.

Parker, G., Hadzi-Pavlovic, Both, L., Kumar, S. Whilhelm, K., & Olley, A. (2004). Measuring disordered personality functioning: to love and to work reprised. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 230-239.

Primi, R., Carvalho, L. F., Bandeira, D. R., Yazigi, L., Oliveira, S. E. S., Rossi, A. A. (2014). Inventário de Personalidade para o DSM-5, versão brasileira. Instrumento não-publicado. Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional, Itatiba.

Tyrer, P. (2005). The problem of severity in the classification of personality disorder. Journal of Personality Disorders, 19(3), 309-314.

Wellausen, R. S. (2014). Adaptação e validação do Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) para o Brasil: Avaliação dos transtornos de personalidade. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Coleção Avaliação Psicológica

HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI (ORGS.)
Psicometria

HUTZ, BANDEIRA, TRENTINI & KRUG (ORGS.)
Psicodiagnóstico

HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI (ORGS.)
Avaliação Psicológica da Inteligência e da Personalidade

Próximos lançamentos

HUTZ, BANDEIRA, TRENTINI, ROVINSKI & LAGO (ORGS.)
Avaliação Psicológica no Contexto Forense

HUTZ, BANDEIRA, TRENTINI & VASQUEZ (ORGS.)
Avaliação Psicológica nos Contextos Organizacionais e do Trabalho

HUTZ, BANDEIRA, TRENTINI & REMOR (ORGS.)
Avaliação Psicológica nos Contextos de Saúde e Hospitalar

Sobre o Grupo A

O Grupo A está preparado para ajudar pessoas e instituições a encontrarem respostas para os desafios da educação. Estudantes, professores, médicos, engenheiros, psicólogos. Profissionais das carreiras que ainda não têm nome. Universidades, escolas, hospitais e empresas das mais diferentes áreas. O Grupo A está ao lado de cada um. E também está nas suas mãos. Nos seus conteúdos virtuais. E no lugar mais importante: nas suas mentes.

Acesse

0800 703 3444
sac@grupoa.com.br
Av. Jerônimo de Ornelas, 670
Santana
CEP: 90040-340 • Porto Alegre / RS